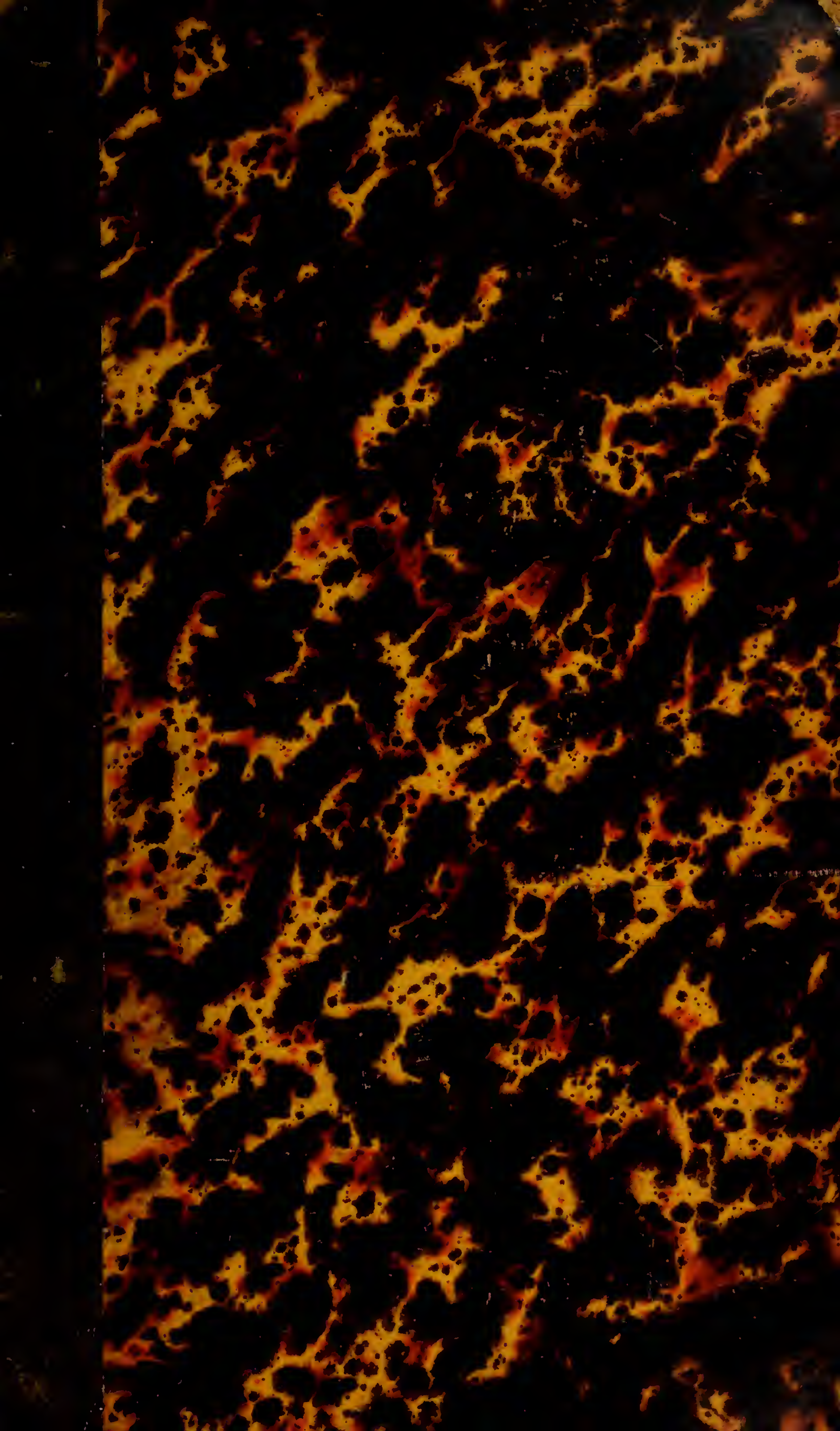
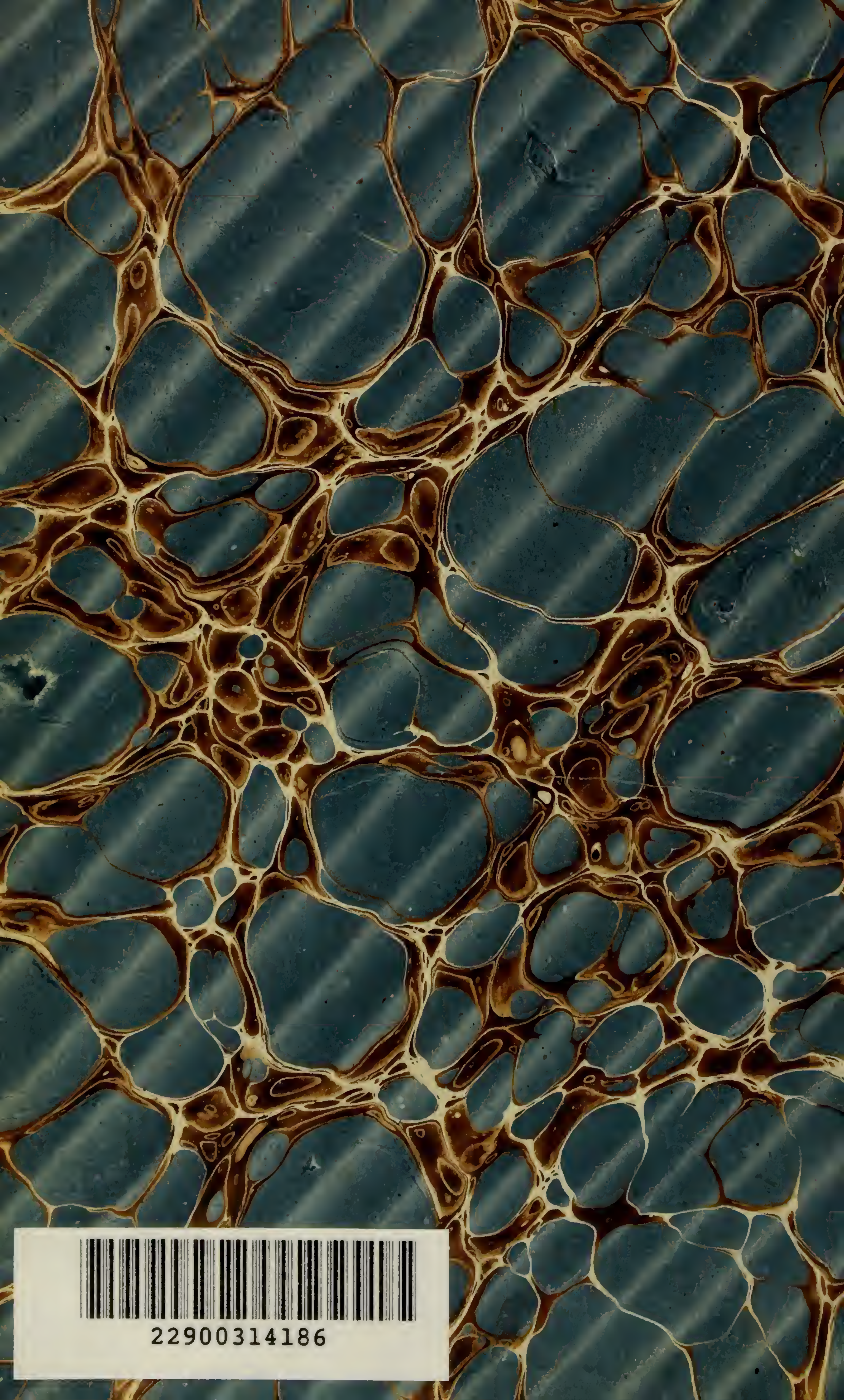
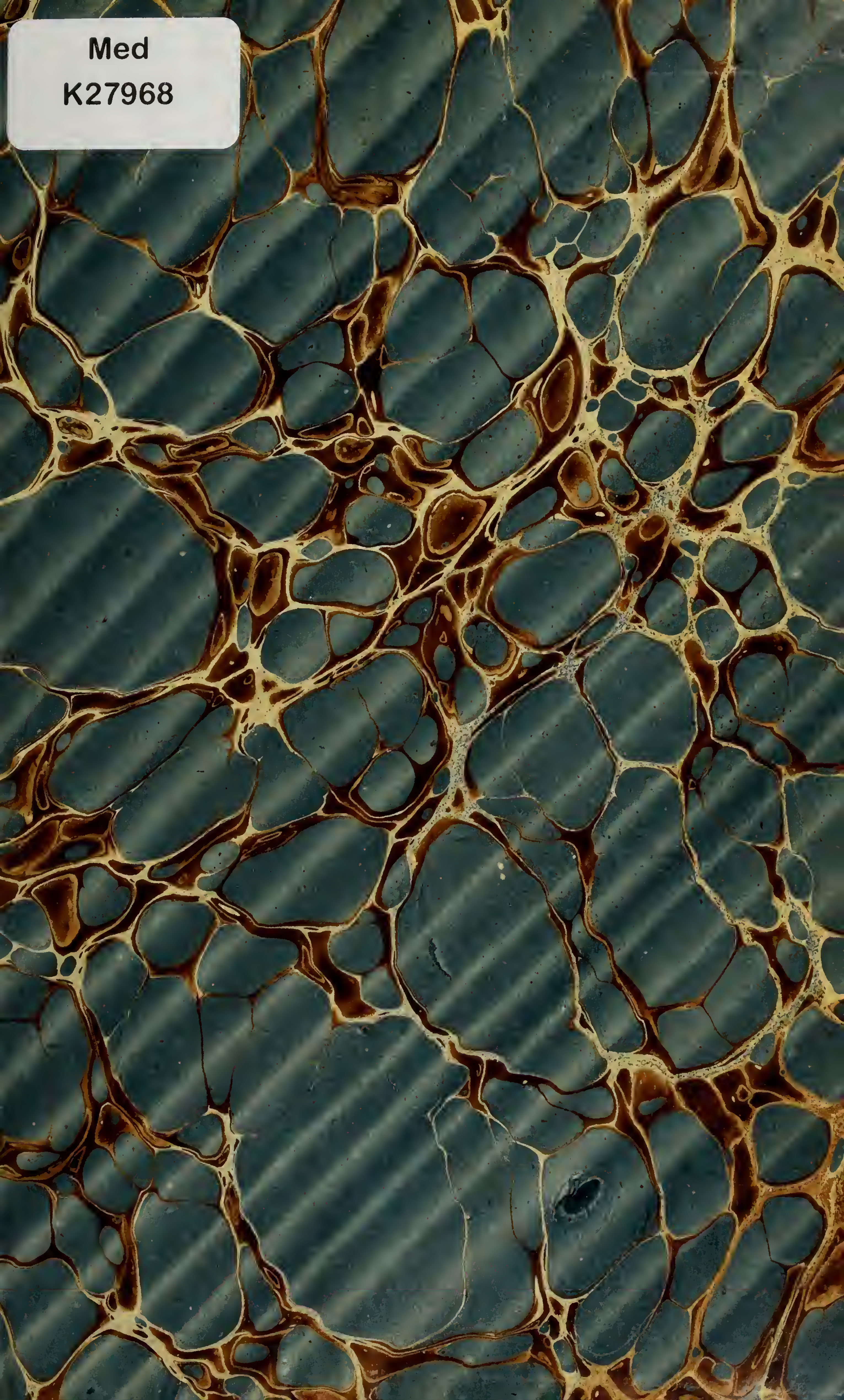





Med
K27968

LEÇONS

SUR LA

SYPHILIS TERTIAIRE

COURS COMPLÉMENTAIRES DE LA FACULTÉ

LEÇONS

SUR LA

SYPHILIS TERTIAIRE

Faites à l'hôpital de Lourcine

PAR

M. le Dr **FOURNIER**, professeur agrégé

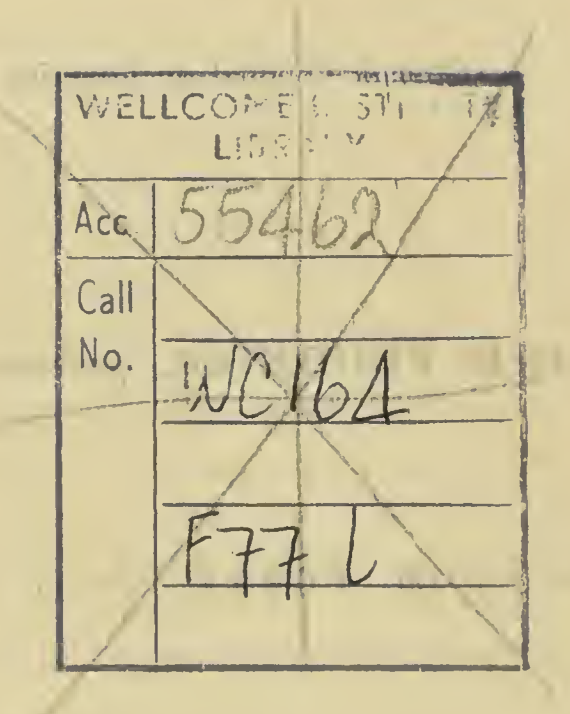
ET

Recueillies par **Ch. PORAK**, interne des Hôpitaux

PARIS

BUREAU DU JOURNAL L'ÉCOLE DE MÉDECINE

52, boulevard Saint-Michel, 52


WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Acc. 55462
Call
No.
WC164
F77 l

COURS COMPLÉMENTAIRES DE LA FACULTÉ

Cours de M. Fournier sur la *Syphilis tertiaire.*

Recueilli par M. Porak, interne des hôpitaux.

I

Messieurs,

Dans les conférences de ces dernières années, je vous ai fait l'histoire de ce qu'on appelle la syphilis primitive et secondaire. La suite naturelle de notre sujet me conduit à vous entretenir aujourd'hui de la syphilis tertiaire.

Inutile de vous dire par un long préambule qu'avec la syphilis tertiaire nous allons aborder un sujet à la fois relativement nouveau, difficile, obscur encore sur beaucoup de points, et surtout un sujet auquel se rattache un intérêt pratique considérable.

C'est un sujet relativement nouveau. Si, en effet, quelques-unes des lésions qui caractérisent la syphilis tertiaire furent reconnues de longue date, beaucoup d'autres restèrent ignorées jusqu'à une époque peu distante de la période contemporaine, et un grand nombre n'ont été décrites que de nos jours. Pour vous convaincre de cela, qu'il me suffise de vous dire que les lésions tertiaires du cerveau, du cœur, de l'estomac, du foie, des reins, avaient complétement échappé à Hunter.

C'est un sujet difficile, obscur encore en bien des points. Cela est une conséquence toute simple et de la nouveauté même de la matière à l'étude et de la nature des lésions. Ces lésions sont en effet profondes, masquées, latentes, pour un certain nombre du moins, et pour un certain nombre aussi ne comportent rien de spécifique dans leur expression phénoménale.

C'est enfin un sujet important auquel se rattache un intérêt pratique considérable. C'est, en effet, dans le stade tertiaire que l'on rencontre toutes les grandes lésions de la syphilis. C'est là que nous allons rencontrer ces horribles lésions ulcéreuses, destructives, qui entament, corrodent, mutilent les téguments cutanés et muqueux. C'est là que nous allons rencontrer ces lésions qui, s'attaquant au parenchyme même des organes, en troublent gravement les fonctions, les abolissent même et créent à leur suite ou des délabrements incurables, ou des atrophies définitives, ou des infirmités persistantes. C'est là que nous allons rencontrer ces lésions qui affectant les viscères les plus essentiels à la vie, compromettent le principe même de l'existence, telles que lésions du cerveau, de la moelle, du larynx, des poumons, du foie, des reins, du cœur, des artères, etc.

La syphilis tertiaire est souvent mortelle ; cela est presque superflu à dire aujourd'hui, alors que tant d'autopsies sont là pour nous en fournir la preuve. Est-ce assez dire quel intérêt se rattache au sujet que nous allons aborder ?

On donne le nom de syphilis tertiaire au groupe des manifestations syphilitiques qui se produisent *à longue échéance* après la contamination première, à une étape reculée de la diathèse.

Et pourquoi désigne-t-on ces manifestations sous le nom de tertiaires ? Parce qu'elles sont précédées de deux autres groupes d'accidents auxquels, suivant leur succession chronologique, on donne le nom de période primitive et de période secondaire.

La syphilis, en effet, est une affection méthodique et presque compassée comme évolution. Elle débute par un chancre et se continue au-delà par des accidents disséminés, éparpillés, qui ont reçu le nom d'*accidents généraux*.

Or, parmi ces accidents le plus simple examen permet de reconnaître deux groupes :

Les uns ont pour caractères : 1° de succéder rapidement au chancre, de se produire dès les premiers mois, la première, la deuxième, la troisième année, tout au plus, après le chancre ; 2° de n'intéresser les tissus que d'une façon superficielle et relativement bénigne. A ces accidents on a donné le nom de ***secondaires***, et c'est leur ensemble qu'on qualifie de période secondaire.

Les autres au contraire, ont pour caractères : 1° de ne se manifester qu'après les précédents, à un âge plus avancé de la maladie, deux, trois années après et souvent bien plus tard encore ; 2° d'intéresser les tissus d'une façon bien plus profonde, plus intime et plus grave. A ces accidents on a donné le nom de ***tertiaires*** et c'est leur ensemble qu'on qualifie de période tertiaire.

Il suit de là que si telle est l'évolution normale de la syphilis, toujours les accidents de la période tertiaire doivent être précédés des accidents de la période primitive et de ceux de la période secondaire.

Et telle est, en effet, l'évolution qu'on observe en clinique. Qui dit vérole tertiaire, dit implicitement troisième acte d'une évolution pathologique qui a été précédée des deux autres.

D'une part, en effet, la période primitive ne manque jamais, en ce qui concerne du moins la syphilis acquise par contagion, la seule que nous ayons en vue pour l'instant. Les accidents tertiaires ont, comme antécédents, les manifestations qui composent ce qu'on appelle la période primitive et la période secondaire.

Il n'est à cela, en ce qui concerne la période tertiaire, que deux exceptions, deux exceptions rares, dont je vous ai déjà entretenus ces dernières années :

1° L'une, relative aux cas dans lesquels un traitement énergique, institué dès le début, a supprimé la période secondaire ; 2° l'autre concernant la syphilis galopante, dans laquelle la diathèse se déchaînant avec fureur sur le malade, se révèle d'emblée par des accidents de l'ordre tertiaire, sans passer par l'étape secondaire.

Etiologie. — Une cause suffit à la production de la syphilis tertiaire et cette cause, bien entendu, c'est l'infection de l'organisme par le virus syphilitique.

Toutefois, la syphilis tertiaire ne se manifeste pas fatalement chez tous les sujets. De plus, elle n'afflige pas également tous les malades. De cela on a cherché les causes, soit dans l'essence même de la maladie, soit dans la nature du terrain, soit dans l'omission ou l'insuffisance du traitement. Voyons ce qu'il y a de fondé dans cette étiologie :

1° Essence de la maladie. « Il est, dit-on, des véroles de tout ordre, des véroles graves, fortes, et des véroles bénignes, faibles; les premières passant facilement, presque nécessairement au stade tertiaire ; les secondes n'y aboutissant que plus rarement. » Soit, cela est vrai ; mais ne nous payons pas de mots. Dire qu'une vérole a tendance à passer à l'état tertiaire parce que c'est une mauvaise vérole, cela est exprimer la même idée sous deux formes différentes, ce n'est pas l'expliquer. L'expliquer, ce serait dire pourquoi cette mauvaise vérole est mauvaise. Or, c'est ce pourquoi qui fait défaut, et, somme toute, nous ne faisons que constater le fait sans avoir d'interprétation à lui donner.

Et, d'ailleurs, ce ne sont pas seulement les syphilis qu'on qualifie de mauvaises véroles, de véroles malignes ou graves, qui passent à l'état tertiaire. Les véroles moyennes et même les véroles les plus simples en apparence, celles qu'au début de la période secondaire on est tenté d'appeler bénignes, aboutissent souvent et tout aussi bien à la période tertiaire. Savez-vous, en effet, quel est le cas le plus commun de syphilis tertiaire que l'on rencontre en pratique? le voici : un malade a contracté la syphilis dans sa jeunesse ; il a eu d'abord un chancre, puis quelques taches à la peau, quelques maux de gorge avec de petites plaies dans la bouche, quelques croûtes dans les cheveux, quelques glandes au cou ; puis, c'est tout. Cette syphilis, il s'est traité au début pour cela ; il a suivi une médication mercurielle de quelques mois, de trois, quatre mois ; quelques semaines d'iodure de potassium ont succédé à cela. Finalement, ne voyant plus rien venir, ce malade s'est cru guéri et n'a plus rien fait. Pendant longtemps tout a marché pour le mieux. Puis, voici que dix, douze, quinze, dix-sept, vingt ans ou plus tard éclate une manifestation tertiaire, telle par exemple qu'une lésion cérébrale, qui s'accuse tout-à-coup par des symptômes graves et compromet sérieusement l'existence.

Eh bien, dans ce cas, que je prends pour type parce qu'il est le plus commun, que trouverez-vous? D'une part, une période secondaire, insignifiante, sans gravité ; d'autre part, une période tertiaire pouvant devenir et ne devenant que trop souvent mortelle.

2° Conditions tenant à l'individu, au terrain sur lequel germe la syphilis. — Ces conditions sont toutes celles qui diminuent la résistance de l'organisme, à savoir : faiblesse native ou acquise de la constitution — mauvaises qualités du tempérament ; anémie — lymphatisme, scrofule — maladies antérieures ou concomitantes, toutes les causes dépressives : mauvaise hygiène, alimentation insuffisante, chagrins, inquiétudes, travail, excès, fatigues, alcoolisme, âge avancé, etc. La vieillesse, en particulier, est une condition aggravante pour la syphilis ; cela, l'observation journalière en témoigne. Tous les auteurs ont insisté sur ce fait, et je me souviens à ce propos que M. Ricord nous disait, dans ses entretiens familiers où débordait son énorme expérience : « Si vous voulez attraper la vérole, profitez du moins pour cela du « temps où vous êtes jeunes, car plus tard vous vous repentiriez d'avoir trop « attendu. La vérole n'aime pas les vieux, et elle leur joue cent tours qu'elle épargne « aux jeunes gens. »

Mais cela posé et l'action de ces diverses causes bien reconnue, ajoutons aussitôt que ces mêmes causes sont bien loin d'être indispensables à la vérole pour passer à l'état tertiaire. On arrive à l'état tertiaire même dans des conditions tout opposées, avec un bon tempérament, avec une excellente hygiène, à la fleur de l'âge, avec une constitution robuste, exempte de tout vice organique. C'est qu'en effet la tendance naturelle, spontanée de la vérole, alors qu'elle n'est pas combattue, c'est l'état tertiaire.

3° Omission ou insuffisance du traitement. — La véritable, la grande cause de la vérole tertiaire, celle qu'on ne doit jamais perdre de vue, c'est l'absence ou l'insuffisance du traitement dans la première période de la diathèse.

D'après ce que j'ai vu, et quoi qu'aient pu en dire certains médecins, une vérole négligée, abandonnée à elle-même, a toute chance d'aboutir à la période tertiaire. Je n'oserai certes dire qu'elle y aboutit toujours et fatalement, mais ce que j'affirme, pour en avoir vu un très-grand nombre de cas de cet ordre, plus d'une centaine

actuellement, c'est que rien n'est mieux démontré que l'absence du traitement pour la production des accidents tertiaires. L'expectation appliquée à la vérole est véritablement désastreuse en laissant la porte ouverte à la syphilis tertiaire.

Chronologie. Durée. A quelle époque commence la période tertiaire et comment se fait la transition de la période secondaire à la période tertiaire?

Lorsque nous essayons de répartir en un certain nombre de groupes ou de périodes les manifestations successives d'une maladie quelconque, nous ne prétendons rien moins qu'établir entre ces diverses périodes, ces divers groupes, des limites absolues, mathématiques, invariables. Toujours, bien entendu, un certain vague et quelque peu d'arbitraire préside à nos divisions pathologiques.

Eh bien! c'est ici le cas, bien qu'ici, plus qu'ailleurs, la maladie procède avec une certaine ordination chronologique.

Entre la période secondaire et la période tertiaire il n'est assurément pas de borne chronologique. Il n'est pas d'époque fixe, précise, à laquelle finisse la période secondaire et où commence la période tertiaire.

Cela est si vrai que certaines manifestations de la diathèse peuvent, presque à volonté, être rangées soit dans la période secondaire ultime, soit dans la période tertiaire initiale.

C'est à cet ordre d'accidents qu'on a donné le nom d'accidents *secondo-tertiaires* ou *de transition.*

Ces réserves faites, à quelle époque commence, en général, la période tertiaire dans les cas où la diathèse suit son évolution commune?

En général, elle ne débute guère avant la deuxième ou la troisième année, et plutôt encore dans la troisième que dans la seconde.

Ce terme donné comme moyenne *approximative* la plus fréquente, je me hâte d'ajouter qu'il est extrêmement variable, et cela suivant des conditions que nous sommes loin d'avoir appréciées toutes, mais dont la principale est, à coup sûr, l'intervention ou l'omission du traitement spécifique.

Et comment se fait le passage de la période secondaire à la période tertiaire?

De deux façons: soit par *fusion contemporaine des deux périodes*, soit par *entr'acte* plus ou moins long séparant ces deux périodes.

Dans le premier mode, les accidents secondaires sont contemporains des accidents tertiaires. Ainsi, un malade est affecté de syphilis depuis deux à trois ans et présente encore des lésions secondaires comme du psoriasis palmaire, des syphilides du cuir chevelu; en même temps apparaît soit une gomme du tissu cellulaire, soit un sarcocèle. Ici donc fusion, chevauchement des deux périodes.

Dans le second mode, la période secondaire évolue pendant un certain temps, puis s'apaise; rien ne se produit plus. Il se fait un entr'acte plus ou moins prolongé pendant lequel aucun phénomène ne se manifeste. Puis, plus ou moins longtemps après, explosion de phénomènes tertiaires.

C'est ainsi que procède la maladie dans le plus grand nombre des cas, notamment chez ces malades qui ont suivi un traitement assez insuffisant pour empêcher la période tertiaire d'évoluer, mais suffisant pour en reculer les premières manifestations.

Jusqu'où s'étend ou peut s'étendre la période tertiaire?

Cela, nous l'ignorons d'une façon absolue. Mais ce que nous savons et ce que nous savons bien, grâce à de nombreux faits cliniques, c'est que la période tertiaire peut affecter une durée considérable, énorme, presque incroyable.

D'abord les cas abondent où on a vu les accidents tertiaires se produire dix, quinze, dix-huit, vingt ans après le début du chancre.

Au-delà de trente à quarante ans, les exemples d'accidents tertiaires sont rares, mais on en possède encore un nombre de cas assez considérable.

Au-delà de quarante ans, pour de nombreuses raisons, les exemples d'accidents tertiaires deviennent rares. Néanmoins il en existe d'incontestables exemples après quarante-deux et quarante-cinq ans, entourés de toute la garantie d'authenticité désirable.

Les choses en étaient là et l'on pouvait considérer ce terme de quarante-cinq ans comme le terme le plus élevé de la survie de la vérole, lorsque j'ai eu l'occasion de rencontrer un cas dans lequel des accidents tertiaires se manifestèrent à échéance plus longue encore.

Dans ce cas, que j'ai présenté et soumis à la Société des Hôpitaux, divers accidents tertiaires se sont produits cinquante-deux et cinquante-cinq ans après le début de la vérole.

Il s'agissait d'un vieillard, âgé de soixante-douze ans, lorsque je le vis. Il avait contracté un chancre à l'âge de dix-sept ans. A soixante-neuf ans, il fut pris d'une carie du maxillaire inférieur, carie diagnostiquée syphilitique par MM. Ricord, Nélaton, Demarquay. A soixante-douze ans, il fut affecté d'une énorme gomme de la cuisse, laquelle guérit avec une rapidité significative sous l'influence de l'iodure de potassium.

Ainsi la vérole peut durer plus d'un demi-siècle !

Quel avertissement aux malades et aux médecins ; aux malades, pour les inviter à se traiter d'une maladie à échéance possible d'accidents aussi reculée ; aux médecins, pour leur apprendre, une lésion étant donnée, à en rechercher l'origine même dans les antécédents les plus éloignés.

Caractères généraux de la période tertiaire. — Avant d'aborder les descriptions spéciales, peut-être ne sera-t-il pas sans avantage d'envisager d'ensemble la période pathologique, qui s'impose à nous cette année comme programme d'étude. Essayons donc de définir la période tertiaire, voyons quels en sont les attributs, les caractères. Nous aurons l'avantage de connaître, à l'avance, le terrain que nous allons parcourir.

Comment se présente la période tertiaire envisagée d'une façon générale ?

Sous forme d'un *état de santé apparente, interrompue à échéances indéterminées par un nombre variable d'explosions morbides d'un ordre particulier.*

Ne vous semble-t-il pas dérisoire, à première vue, Messieurs, de dire qu'une maladie est constituée par un état de santé ? Eh bien, si extraordinaire que cela soit ou paraisse être au premier abord, cela est cependant. L'état tertiaire en effet, n'est pas un état morbide toujours en action, s'accusant incessamment par des troubles variés. Ne vous représentez pas le malade atteint de syphilis tertiaire comme un malade assidûment en butte à des assauts répétés et subintrants de la diathèse. Loin de là, réserve faite pour certains cas d'un ordre particulier, dont je vous entretiendrai plus tard, l'état tertiaire est la santé, la pleine santé ; mais c'est la santé avec un levain morbide qui sommeille, avec l'épée de Damoclès sur la tête. En un mot, et sans figure, le syphilitique tertiaire est un homme bien portant, aussi bien portant que vous et moi en ce moment ; mais c'est un homme, qui

porte en lui une imminence morbide ; seulement il la porte sans que rien la lui révèle, sans que rien l'en avertisse, lui pas plus que le médecin.

Second terme de notre définition : état de santé apparente, interrompue à échéances indéterminées par un nombre variable d'explosions morbides d'un ordre particulier. Cela veut dire que les décharges de la syphilis tertiaire n'ont rien de fixe dans leur nombre et leur apparition. Il est possible qu'elles se fassent plus tôt ou plus tard, il est possible qu'elles soient multiples ou peu nombreuses. Il peut se faire même qu'il ne se produise, en tout, qu'une seule explosion morbide. Et, à ce propos, remarquons immédiatement une différence très-importante qui distingue la période tertiaire de la période secondaire.

Les accidents qui composent la période secondaire ont les trois caractères suivants :

1° Ils ont un début fixe, ils se produisent quelques semaines après le chancre.

2° Ils forment un groupe. Ils sont massés, rassemblés les uns à côté des autres, dans un court espace de temps ; ils évoluent dans un orbite restreint ; ils se produisent tous dans une période de 2 ou 3 ans, en moyenne.

3° Ils ont une fin. Passé un certain temps, on est bien sûr qu'il ne sera plus question d'eux ; on en a fini avec eux.

Rien de semblable pour la période tertiaire, où nous trouvons des caractères tout-à-fait opposés, à savoir :

1° Pas de début fixe. — Les accidents tertiaires peuvent débuter 3 ou 4 ans, aussi bien que 20 ans après le chancre.

2° Ces accidents, lorsqu'ils sont multiples, ne sont pas groupés, rassemblés les uns à côté des autres. Ils peuvent se produire à 10, 15, 20, 30, 40 ans de date.

3° Ils ont une échéance illimitée. On n'en est jamais quitte, on n'a jamais la certitude d'en être à l'abri.

Tous caractères opposés à ceux des accidents secondaires et qui constituent d'une période à l'autre une différence d'ensemble très-marquée.

Mais précisons davantage encore. Les manifestations de la période tertiaire ont pour attributs habituels les quatre caractères que voici :

1° D'être discrètes comme nombre, souvent même isolées, solitaires.

2° D'être insidieuses comme début, lentes comme développement, et, pour un grand nombre, latentes comme lésions ;

3° De consister toutes en des lésions intéressant le parenchyme des tissus ;

4° De subir enfin, du fait de certains remèdes, sauf exceptions rares, une action curative des plus évidentes.

Exprimés de cette façon concise et magistrale, quelques-uns de ces caractères pourraient vous paraître obscurs. En peu de mots, je vais essayer de vous les rendre plus clairs :

1° Les manifestations tertiaires ont pour premier attribut d'être *discrètes comme nombre, souvent même isolées, solitaires.*

Vous savez quel est le luxe de manifestations habituel à la période secondaire. Prenez un malade, à cette période de la syphilis ; ce n'est pas un symptôme que vous rencontrerez chez lui, le plus souvent, mais bien 3, 4, 5, 6, 10 manifestations telles que :

Roséole, plaques muqueuses génitales, plaques buccales, adénopathies cervicales

et mastoïdiennes, alopécie, croûtes du cuir chevelu, cephalée, insomnie, arthralgies, douleurs musculaires, osseuses, etc., troubles nerveux, etc...

Eh bien, rien de semblable dans la période tertiaire. Les manifestations sont ici bien autrement discrètes. Ce que l'on constate, en effet, le plus habituellement dans la période tertiaire, c'est, ou bien un accident unique, (lésion osseuse ou lésion cérébrale, par exemple), ou bien deux ou trois accidents. Sauf des exceptions très-rares et d'un ordre particulier, jamais vous ne verrez un malade à la période tertiaire assiégé d'une kyrielle de lésions comme dans la période secondaire.

2° Les manifestations tertiaires sont *insidieuses comme début, lentes comme développement, et, pour un grand nombre, latentes comme lésions.*

A propos de la plupart des lésions dont nous aurons à nous occuper cette année, j'aurai à vous répéter ceci : que leur début est insidieux, que leur développement se fait d'une façon lente. L'insidiosité de ces lésions est surtout remarquable. Elles débutent souvent sans qu'on y prenne garde, sans qu'on s'en aperçoive, sans qu'on en tienne compte. Et c'est là précisément, ce qui contribue à en faire le danger.

Dès aujourd'hui je puis vous convaincre de cela par un exemple :

Une femme est entrée dans nos salles ces derniers jours avec une perforation du palais, lésion grave, créant une double infirmité ; nasonnement de la voix et régurgitation nasale des liquides.

Eh bien, il y a *huit jours* seulement que cette malade s'est aperçue qu'elle avait « quelque chose au palais. » Et ce quelque chose, ce n'était presque rien, nous dit-elle, un bouton, « un bobo ». Elle n'y prit pas garde ; huit jours après, huit jours seulement, il se fit « un trou dans le palais » suivant son expression ; la perforation était établie.

Ces manifestations, en dernier lieu, sont latentes comme lésions. Cela va de soi puisqu'un très-grand nombre d'accidents tertiaires occupent les viscères, et, par conséquent, se dérobent tant à l'appréciation du malade qu'à l'examen du médecin.

3° *Les manifestations tertiaires consistent en des lésions intéressant le parenchyme des tissus.*

Le propre de la période secondaire c'est de n'intéresser les tissus que superficiellement. Elle les effleure plutôt qu'elle ne les attaque, elle n'y crée que des lésions de surface.

Le propre de la période tertiaire, inversement, c'est d'intéresser les tissus d'une façon profonde, de les attaquer dans leur trame. La syphilis tertiaire est essentiellement *parenchymateuse ;* elle ulcère, corrode, entame, mutile, détruit, désorganise, atrophie.

De là, comme conséquence naturelle, cette autre opposition pronostique. Les lésions secondaires sont habituellement bénignes. Les lésions tertiaires sont toutes importantes, toujours sérieuses, quelquefois graves, quelquefois même très-graves et mortelles.

Ces lésions ne se traduisent guère, pour un certain nombre du moins, que par des symptômes d'ordre commun, dépourvus de cachet vénérien.

La syphilis primitive et secondaire a une certaine physionomie, un certain facies qui le fait aisément reconnaître. Sans parler du chancre et du bubon, dont le caractère vénérien est patent pour tout le monde, les syphilides cutanées, les plaques muqueuses génitales, les plaques buccales, l'alopécie, l'onyxis ont un certain cachet,

une certaine allure suspecte qui fait qu'au premier coup-d'œil on pense à la vérole. Les gens du monde eux-mêmes ne s'y trompent pas; et dès qu'ils voient s'épanouir sur le front d'un camarade une corona Veneris, dès qu'ils voient la tête d'un ami se dépouiller de cheveux, tout aussitôt ils accusent la vérole, ils crient à la vérole. Pourquoi? Parce que, de notion commune d'instinct ou par expérience, chacun flaire la vérole à de tels signes, parce que de tels signes — pardon de l'expression — sentent la vérole.

Donc la syphilis secondaire a le cachet vénérien. Or, en est-il de même de la syphilis tertiaire? Nullement.

S'il est quelques accidents de la période tertiaire qui conservent le cachet vénérien, il en est nombre d'autres qui se conduisent à la façon des maladies communes. C'est là ce qui a fait dire à M. Ricord : « La vérole vieillie a la mine honnête. »

De cela voulez-vous quelques exemples : Voyez la phthisie laryngée syphilitique; elle n'a pour symptômes que ceux des ulcérations laryngées, de la phthisie laryngée ordinaire, d'origine tuberculeuse.

Voyez les paralysies d'origine syphilitique : qu'un nerf soit comprimé par une gomme, il se paralyse, et cela de la même façon que s'il était comprimé par une tumeur de toute autre nature. De même les ophthalmies profondes syphilitiques n'ont pour symptômes que ceux des ophthalmies profondes de toute autre origine; de même encore les gommes pulmonaires qui creusent une excavation dans le parenchyme du poumon ne s'accusent que par les phénomènes communs à toutes les cavernes pulmonaires. Les gommes du cerveau se traduisent par des phénomènes communs à toute lésion cérébrale quelle qu'en soit la nature. Et ainsi de suite.

L'on voit donc que la vérole, en vieillissant, perd son cachet d'affection vénérienne, c'est-à-dire se dépouille de l'ensemble des caractères qui la font aisément reconnaître à une autre période. Aussi la vérole vieillie est-elle facilement méconnue, et c'est là surtout ce qui la rend si dangereuse.

4° *Les manifestations tertiaires enfin subissent, du fait de certains remèdes, une influence curative des plus évidentes.* Cette dernière proposition est tellement simple et de notoriété si commune qu'il me suffira de l'énoncer; j'aurai d'ailleurs à y revenir en détail, à propos du traitement.

Siége. — Où siége, où peut siéger la syphilis tertiaire? Il n'est qu'un mot à répondre à cette question : *Partout.* La syphilis tertiaire, en effet, est essentiellement une maladie *totius substantiæ*, et il n'est pas de système, de parenchyme, de tissu, si caché qu'il soit, qui échappe à ses atteintes.

Nature. — Extrêmement variées doivent être et sont les formes apparentes sous lesquelles se présente la syphilis tertiaire. Ces formes, en effet, sont essentiellement soumises au caractère anatomique des régions et des tissus qu'elles affectent. Nulle ressemblance objective, par exemple, entre une exostose et un ulcère cutané, entre une gomme musculaire et une lésion tertiaire de la rétine.

Cependant, ces formes morbides d'apparences si variées dérivent, en réalité, de processus morbides très-peu nombreux. Elles ne reconnaissent guère comme origine, pour la plupart, que deux processus histologiques, à savoir : la *sclérose* et la *gomme*. Laissez-moi, pour aujourd'hui, vous énoncer ceci à l'état de simple proposition, que je prends l'engagement de légitimer dans nos plus prochaines conférences.

Diagnostic. — Venons enfin à la question qui domine toutes les autres dans l'étude de la syphilis tertiaire; celle du diagnostic.

Tout est ici dans le diagnostic, et cela pour une raison simple : la vérole reconnue est à moitié guérie, la vérole méconnue ou reconnue trop tardivement court inévitablement à des lésions incurables, qui mettent en péril l'organe affecté.

Quels sont dans l'espèce les éléments du diagnostic? Ces éléments se réduisent à trois, qui sont les suivants :

1° Caractéristique propre de la lésion ;

2° Coexistence d'accidents spécifiques ;

3° Antécédents spécifiques.

1° *Caractéristique propre de la lésion.* — Si cette lésion présente par elle-même quelque attribut qui atteste la vérole, qui l'atteste d'une façon sinon pathognomonique, du moins quelque peu spéciale, il est évident que le diagnostic tire profit tout d'abord de cette particularité et établit sur cette base la spécificité syphilitique de la lésion.

2° *Coexistence d'accidents spécifiques.* — Excellent signe qu'il ne faut jamais négliger et dont vous concevez facilement le prix. Supposez que vous ayez affaire à une lésion sur le compte de laquelle vous ne soyez pas fixé. A côté de cette lésion vous en trouvez une autre dont la spécificité n'est pas douteuse, celle-ci éclaire celle-là, et il y a tout à parier, réserve faite pour la possibilité de coïncidences morbides, que la première comme la seconde se rattache à la diathèse, que toutes deux sont syphilitiques. Si ce n'est pas un signe de valeur absolue, c'est là, du moins, un signe d'une valeur incontestable.

Exemple : Un malade entre à l'hôpital Beaujon avec tous les signes d'une caverne pulmonaire. Tout d'abord on croit à une phthisie tuberculeuse ; mais les jours suivants, en examinant de plus près le malade, on découvre une exostose. Cela devient un trait de lumière. Eclairé par ce symptôme, M. Gubler (l'habile médecin auquel j'emprunte cette observation), soupçonne une phthisie syphilitique. Il administre l'iodure de potassium, et, quelques semaines plus tard, ce malade, diagnostiqué tuberculeux, c'est-à-dire condamné à mort, sort de l'hôpital absolument guéri.

3° *Antécédents.* — L'importance de cette dernière considération est tellement évidente qu'il suffit de la citer. C'est, en effet, sur la constatation d'antécédents syphilitiques que le diagnostic de la syphilis tertiaire doit être institué. Cette constatation est la base même du diagnostic, cela va sans dire. S'il est établi qu'antérieurement à la lésion actuelle le malade a eu la syphilis, par cela seul on est autorisé à se demander si cette lésion ne pourrait pas dériver de la syphilis ; bien plus, on a le devoir de le rechercher.

Lorsque le diagnostic peut s'étayer d'une façon certaine sur telle ou telle des trois considérations qui précèdent, il est institué d'une façon à la fois sûre et facile. Mais il s'en faut qu'en pratique les choses se présentent toujours d'une façon aussi simple. Souvent même le diagnostic est très-difficile, très-épineux. Quelque soin qu'on y apporte, souvent il ne peut être fait que par à peu près et l'on n'arrive qu'à des éléments de probabilité.

Nombreuses, en effet, très-nombreuses sont les difficultés qui se dressent devant le médecin à propos du diagnostic de la syphilis tertiaire. Et ces difficultés sont de plusieurs genres, comme vous allez le voir.

Il y a, d'une part, les difficultés de tout diagnostic ; ne parlons pas de celles-ci. Il y a, d'autre part, les difficultés spéciales, et c'est de ces dernières que je dois vous entretenir.

D'abord, les trois éléments que je vous ai présentés comme constituant la base du diagnostic, peuvent faire absolument défaut. Ainsi :

1° Il est peu de lésions syphilitiques qui aient un symptôme tout-à-fait pathognomonique. Le plus souvent même, la lésion en face de laquelle on se trouve ne présente aucun caractère spécial. Première cause d'embarras ;

2° La lésion dont on doit faire le diagnostic peut être isolée. On n'a pas la ressource alors d'être éclairé par des accidents concomitants de nature spécifique bien démontrée. Seconde cause d'embarras.

Les antécédents peuvent faire défaut ; et ils font souvent défaut.

J'en appelle sur ce point à l'expérience commune. Quel est le médecin qui n'a pas rencontré plusieurs fois dans sa pratique des cas très-évidents de syphilis tertiaire sans antécédents ? Ouvrez les recueils, vous y trouverez par centaines des observations de syphilis tertiaire diagnostiquée telle, et guérie comme telle, en l'absence de tout antécédent spécifique. Et si les antécédents spécifiques font souvent défaut chez l'homme, ils manquent encore bien plus souvent chez la femme. Je mets en fait que, chez la femme, ils ne manquent pas moins d'une fois sur quatre ou cinq cas.

Et comment, pourquoi les antécédents spécifiques font-ils si communément défaut ? Pour cent raisons différentes.

D'abord, ils peuvent avoir été *oubliés*, la syphilis tertiaire ne faisant parfois ses manifestations qu'après un long cycle d'années. C'est-là très-certainement le cas le plus rare.

En second lieu, ces antécédents spécifiques peuvent avoir été *méconnus*. L'année dernière, j'ai longuement insisté pour vous démontrer que la syphilis peut être ignorée et méconnue, de bonne foi, surtout par les femmes. Je ne fais que vous rappeler ce point aujourd'hui.

Enfin, ces antécédents peuvent être *dissimulés*, dissimulés, entendez-le bien, et cela est cent fois plus fréquent qu'à priori le jeune médecin ne pourrait le croire. Mais, dissimulés, pourquoi ? Pour des motifs divers qu'on n'imaginerait pas, par intérêt, par pudeur, par scrupule, par défiance pour le médecin, etc. et plus souvent encore, disons le mot, par niaiserie, par bêtise.

Quelques malades, par exemple, se font juges eux-mêmes de ce cas pathologique, ne croyant pas que l'accident qu'ils présentent, puisse avoir quelque rapport à une maladie plus ou moins ancienne, qu'ils jugent périmée de longue date, ils considèrent comme vraiment indiscrètes les questions que leur adresse leur médecin au sujet de la syphilis et y répondent négativement.

J'ai vu, de la sorte, un homme atteint d'accidents cérébraux graves, nier énergiquement qu'il eût jamais eu la syphilis, puis, après un an, finir par l'avouer, alors malheureusement qu'il n'était plus temps. Il paya de la vie son fatal entêtement.

D'autres encore nient la vérole pour cent raisons différentes, dans la crainte de compromettre leur réputation, leur caractère, leur dignité, leur situation morale, la paix de leur ménage, etc, etc. C'est de la sorte que beaucoup de gens s'offrent le luxe de deux médecins, le médecin habituel, le médecin de famille, qui a la charge des maladies *honnêtes*, l'autre, le médecin *extraordinaire*, pour les cas d'un genre plus léger.

Au premier, bien entendu, on ne dit rien des choses de jeunesse, c'est au

second seulement qu'on fait certaines confidences. Jugez si, avec de tels malades, le diagnostic de la syphilis tertiaire est facile à instituer.

Eh bien, sachez-le, Messieurs, c'est avec des difficultés de ce genre que le médecin doit compter dans la question qui nous occupe. Ces difficultés, que ne présentent pas d'autres maladies, sont ici nombreuses et variées. Je ne saurais vous les signaler toutes. Deux mots encore, cependant, sur certains de ces écueils spéciaux auxquels va souvent se heurter le diagnostic de la syphilis tertiaire.

L'époque reculée, très-reculée, à laquelle se manifeste parfois la syphilis tertiaire est certes, par elle seule, une cause d'erreur, de surprise. Quand une maladie est restée muette pendant 15, 20, 30 ans et plus, franchement on a bien quelque droit à s'en croire débarrassé et à n'y plus songer. Vient-elle après un si long délai à reproduire quelques manifestations, on peut vraiment, sans grand défaut de perspicacité, ne plus penser à elle comme origine possible de cette manifestation. Tout le monde s'y trompe en pareil cas, et il n'est pas sans exemple que, dans de telles conditions, des médecins se soient trompés sur eux-mêmes.

L'âge des malades est encore une condition qui déroute le diagnostic de la syphilis tertiaire. M. Ricord l'a dit : « Comment penser à la vérole, maladie de « l'âge des amours, quand les rides et les cheveux blancs sont venus ? »

Il est enfin une dernière condition, bien faite pour donner le change, et qui conduit souvent à méconnaître la vérole ; c'est ce que j'appellerai l'influence du milieu: vous allez me comprendre.

Quand on a affaire à un jeune homme, ou à une jeune femme, d'ailleurs légère, bien vite, en face d'un symptôme suspect, on est sur la voie du diagnostic. Le soupçon de vérole surgit aussitôt, car on est dans un milieu propice à la vérole. Mais tout autre est la situation faite au médecin quand il est introduit dans une famille, dans un ménage, dans un monde qui n'a plus l'air d'un demi-monde, quand il est consulté par un homme mûr, austère, par ce qu'on appelle un homme sérieux, posé, à plus forte raison par un père de famille, à plus forte raison encore par une femme honnête ; dans ces conditions, évidemment, le médecin subit malgré lui l'influence du milieu où il se trouve appelé.

Il y a là pour lui une situation morale particulière, situation telle que les plus habiles la subissent et s'y laissent prendre. Qu'arrive-t-il alors ? C'est qu'on ne songe plus à la vérole. Il semble impossible que la vérole ait jamais frappé à cette porte, ait jamais franchi ce seuil. On se laisse — comment dirai-je ? — séduire par l'air qu'on respire, par un certain parfum d'honnêteté et on oublie la vérole qu'hélas ! de par l'expérience, on ne devrait jamais oublier.

Tous les vieux praticiens vous raconteront qu'ils ont été trompés de la sorte par les apparences vertueuses de la vérole en général, et de la vérole tertiaire en particulier.

Pronostic et traitement. D'une façon générale, on peut dire que la syphilis tertiaire est toujours sérieuse, souvent grave, quelquefois et plus souvent qu'on ne pense, mortelle. Le pronostic de la syphilis tertiaire est donc, par lui-même, assez sombre, et il le serait bien davantage si l'heureuse influence de certains remèdes ne venait l'alléger.

Inutile d'entrer ici dans des généralités banales pour dire que ce pronostic est essentiellement variable, suivant des conditions multiples tenant à la lésion, comme siége, étendue, importance, ancienneté, etc., tenant à l'état du malade comme santé, tempérament, etc. Sans m'arrêter à discuter ces divers points, j'irai droit à la question vraiment essentielle, à savoir celle du traitement.

Vérole reconnue, vous disais-je il y a quelques instants, est vérole à moitié guérie. Si cela est vrai de la syphilis en général, cela est encore plus vrai de la syphilis tertiaire en particulier.

La syphilis tertiaire, en effet, est essentiellement justiciable de la thérapeutique et elle obéit mieux encore à certains remèdes que la syphilis primitive ou secondaire. Ces remèdes, chacun de vous les a nommés, ce sont d'une part les mercuriaux, d'autre part, et surtout, l'iodure de potassium.

Du mercure, je n'ai plus rien à vous dire,. car je vous en ai parlé tout au long l'année dernière. L'iodure de potassium seul doit nous occuper actuellement.

Mais cela dit, cela reconnu, faut-il conclure de là qu'avec l'iodure, aidé ou non des mercuriaux, ce soit fait de la vérole ? Devons-nous croire, comme semblent l'affirmer certains médecins, qu'un homme muni d'un flacon d'iodure n'ait plus rien à craindre? non certes. Gardons-nous, à ce sujet, de l'optimisme de certains de nos confrères, faisant de l'iodure de potassium une sorte de réactif diagnostique, et de panacée infaillible de la vérole.

Non certes, l'iodure de potassium, quelque puissant qu'il soit contre la syphilis, n'est pas tout-puissant, infaillible. S'il triomphe de la syphilis tertiaire dans le plus grand nombre des cas, il n'en triomphe pas toujours. Comme tout remède, il a ses défaillances, ses insuccès, ses cas rebelles. Ces cas rebelles ne sont pas nombreux, fort heureusement, mais ils le sont assez, lorsqu'on exerce sur un vaste théâtre, pour qu'on ait à compter avec eux, et pour qu'on enregistre plus d'une fois de cruels revers.

La syphilis tertiaire n'est que trop souvent refractaire ou rebelle à l'iodure, et cela, pour des conditions nombreuses : soit par exemple que le remède soit intervenu trop tard, alors qu'un viscère est en voie de désorganisation ou d'organisation morbide avancée, non susceptible de rétrocession; soit qu'autour d'une lésion syphilitique, il se produise des lésions d'ordre vulgaire, non justiciables de l'iodure (tel est, par exemple, le cas de nombre de syphilis cérébrales : autour d'une gomme, au voisinage d'une carie, il se produit une encéphalite vulgaire; l'iodure guérit la gomme et ou la carie, mais est sans action sur l'encéphalite) ; soit encore parce que, de leur nature, certains cas sont véritablement au-dessus de la puissance thérapeutique. Tels sont ces cas où des récidives incessantes suivent des guérisons répétées, où l'on guérit toujours sans guérir jamais.

Tels sont les cas où la syphilis affecte d'emblée une évolution qu'on ne saurait mieux qualifier que de fatale, accumulant accidents sur accidents, lésions graves sur lésions graves, déjouant tous les efforts de la thérapeutique et se montrant supérieure à tous les remèdes.

Aussi, bien qu'armés de remèdes auxquels aucun autre ne peut être comparé, nous arrive-t-il parfois de laisser sous nos yeux la syphilis mutiler, détruire des organes importants, ou même tuer des malades que nous sommes impuissants à secourir.

C'est là, Messieurs, ce qu'il faut bien savoir, c'est là ce que j'ai le devoir de vous dire, et si j'insiste près de vous sur ce point c'est, qu'en général, on ne craint pas assez la vérole. A entendre nombre de nos confrères, tout ce qui serait syphilitique devrait guérir « parce que c'est syphilitique. » Il n'en est pas toujours ainsi, malheureusement ; et ceux qui voient de près la vérole, qui vivent avec elle tous les jours, apprennent à la redouter davantage. Ceux-là se croient moins puissants,

(1)
parce qu'ils ont vu de près la puissance de leur ennemi, et surtout ne se croient pas invincibles, parce qu'ils ont éprouvé plus d'une fois de cruels insuccès.

Et de tout cela, Messieurs, voulez-vous connaître la morale, la conclusion pratique, la voici : C'est que si la syphilis expose les malades dans un avenir éloigné à des dangers graves, devant lesquels nous ne restons que trop souvent impuissants, il importe de la combattre *ab ovo* pour écarter la possibilité future de tels accidents, pour prévenir ce que plus tard on ne pourra pas toujours guérir. A mon sens, prévenir est encore plus facile que guérir, en fait de syphilis. En conséquence tout est d'après moi, dans le traitement institué dès le début de la diathèse, tout est dans le traitement préventif institué dès les premiers temps de l'infection.

Un cas de syphilis se présentant à un médecin, ce n'est ni le présent, ni un avenir prochain que ce médecin doit redouter pour son malade ; ce qu'il doit redouter, c'est l'avenir éloigné, l'avenir de 15, 20, 30 ans et plus. Ce qu'il doit avoir en vue, dès le début du mal, c'est la période tertiaire, ce sont les accidents viscéraux d'une étape tardive, ce sont les accidents à longue portée que détermine la diathèse, alors que non atténuée, non amoindrie elle persiste dans l'économie.

Et comme conséquence, le résultat qu'il doit chercher d'emblée, en traitant la vérole récente, c'est de conjurer la possibilité lointaine de la vérole tertiaire. L'idéal qu'il doit poursuivre c'est d'atténuer la diathèse dans le présent pour sauvegarder l'avenir.

Et c'est dans ce but que, d'emblée, il doit attaquer la vérole naissante et s'efforcer de l'atténuer par un ***traitement préventif à la fois immédiat, énergique et prolongé.***

COURS COMPLÉMENTAIRES DE LA FACULTÉ

Cours de M. Fournier sur la *Syphilis tertiaire.*

Recueilli par M. Porak, interne des hôpitaux.

II

Gommes du tissu cellulaire

Messieurs,

Nous allons aborder aujourd'hui l'étude d'une des lésions les plus caractéristiques et les plus communes de la syphilis tertiaire, l'*étude des tumeurs gommeuses.*

Pourquoi ce nom bizarre imposé à ces lésions? Ce nom importé du latin dans notre langue (gummi, gummositates), a été appliqué dès les premiers temps du mal français à certaines tumeurs déterminées par l'infection. Quelle idée engagea les médecins du xve siècle à qualifier ainsi ces tissus? Est-ce en raison d'une grossière ressemblance entre le produit de sécrétion de ces tumeurs et ces exsudations visqueuses, qui se font sur l'écorce de certains arbres et auxquelles on a donné le nom de gomme? N'est-ce pas plutôt, comme semble le croire Fallope, et comme j'inclinerais à le penser, en vue d'une certaine analogie d'aspect entre les gommes des arbres et les tubercules croûteux qu'on voit naître parfois sur la peau des syphilitiques? C'est là ce que je ne saurais dire et ce que je n'ai pas l'envie de rechercher en ce moment.

Que désigne-t-on sous le nom de tumeurs gommeuses? On appelle ainsi des *tumeurs noueuses et circonscrites, qui, primitivement solides et aphlegmasiques, se ramollissent plus tard, s'ulcèrent par un travail inflammatoire de voisinage, et éliminent comme produit plus spécialement caractéristique une matière bourbillonneuse, blanchâtre, semblable à une sorte d'escharre charnue.*

Comme prototype de ces lésions, j'étudierai d'abord les plus simples, les plus facilement accessibles, celles qui se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Anatomie pathologique. Les gommes sont des tumeurs solides, de volume variable, de forme arrondie ou aplatie ; elles n'ont pas à proprement parler de membrane d'enveloppe, elles ne sont pas contenues dans un kyste ; leur membrane limitante semble simplement formée par le tissu cellulaire condensé à leur périphérie.

L'aspect et les caractères généraux de ces tumeurs sont essentiellement variables suivant l'époque à laquelle on les examine. On peut diviser leur étude en deux stades :

1er *stade, dit de crudité.* Les gommes jeunes sont formées d'un tissu tantôt uniformément gris et demi-transparent, tantôt d'un gris rosé, avec ou sans stries grisâtres plus opaques (Robin) ». Elles sont alors assez fermes, assez denses, et leur consistance a pu être comparée à celle « du foie un peu induré. »

2e *stade, dit de caséification et de ramollissement.* — Lorsque les gommes sont plus âgées, elles prennent un autre aspect ; elles sont plus opaques et plus

blanches. A un dégré plus avancé, elles deviennent blanches, d'un blanc jaunâtre, et même presque jaunes. Elles sont comparables, à ce moment, à des tumeurs tuberculeuses ; de là la désignation de gommes *caséeuses*, *phymatoïdes*, qu'on leur a parfois appliquée. A une époque encore plus avancée on constate que sur certains points, généralement vers leur partie la plus centrale, elles sont ramollies. Leur trame se désorganise et se liquéfie en certains points, de façon à constituer comme une sorte de bouillie semi-liquide ; tantôt cette bouillie consiste en un liquide jaunâtre, opaque, assez épais, comparable à du pus (mais nous verrons plus tard que ce n'est pas du pus) ; tantôt c'est un liquide jaune brun, jaune ambré, visqueux, tenace, filant, gélatineux, qu'on a pu comparer, avec plus ou moins d'exactitude, à une solution épaisse de gélatine ou de gomme.

Ainsi la gomme commence par être entièrement solide. Plus tard, elle subit une dégénérescence qui en désagrège les éléments et qui amène le ramollissement, du moins partiel, la fonte de cette tumeur.

Interrogeons maintenant le microscope, et voyons ce qu'il nous révèle sur l'organisation et la structure de ces productions morbides. D'une façon sommaire, le microscope nous apprend ceci :

1° Les tumeurs gommeuses ne consistent pas en un exsudat simplement liquide, en un exsudat amorphe ; elles sont toujours, au contraire *organisées*, elles sont constituées par des éléments morphologiques bien définis ;

2° Elles ne contiennent aucun élément anatomique spécial, en dépit de la cause spécifique qui leur donne naissance ;

3° Elles sont uniquement constituées par une *prolifération de tissu conjonctif*. A ce point de vue, purement anatomique et histologique, elles ne diffèrent en rien d'autres productions qui, cliniquement et nosographiquement en sont tout à fait différentes, comme par exemple des productions simplement inflammatoires : Virchow les compare au tissu de granulations, au tissu de bourgeon charnu.

Et en effet, d'après nos micrographes contemporains la tumeur gommeuse est simplement constituée comme il suit :

1° Une trame de tissu cellulaire, très-accessoire, formant à peine le dixième de toute sa masse ;

2° Des éléments cellulaires de diverses dimensions formant les sept à huit dixièmes de sa masse totale ;

3° Une gangue amorphe, intercellulaire, finement granuleuse ;

4° Quelques vaisseaux.

La structure de la gomme jeune *n'est pas stable*. Cette tumeur de cellules est au contraire remarquable par sa caducité, par la dégénérescence hâtive qui l'envahit.

Voici, en effet, ce qui se produit :

La formation cellulaire proliférante ne tarde pas à subir un processus nouveau. Les cellules s'atrophient, diminuent de volume, subissent la division nucléaire ; bref elles deviennent plus petites, et se transforment en granulations graisseuses, en corpuscules granulo-graisseux, qui forment des amas jaunâtres, tuberculiformes. Et alors, suivant des conditions qui nous échappent, ce tissu dégénéré ou bien se condense en des masses jaunâtres, caséeuses, sèches, ou bien se ramollit, se dissout, se transforme en une bouillie puriforme, analogue au pus comme apparence, mais ne contenant pas de leucocytes, ne contenant que des granulations graisseuses.

Quoi qu'il en soit, sous une forme ou sous une autre, ce tissu dégénéré est « un « tissu mort, un *caput mortuum*, soustrait à toute connexion organique; c'est un « produit de déchéance. » (Virchow). Il peut bien sur place rester plus ou moins longtemps dans cet état, mais c'en est fait de lui comme tissu vivant: il est l'analogue de l'*escharre* ou du *bourbillon* du furoncle. Nous verrons dans un instant comment la clinique complète ces notions sur l'évolution anatomique de la gomme.

Symptômes. L'histoire clinique de la gomme se divise naturellement en une série de périodes successives, à chacune desquelles se rattachent des symptômes d'un ordre particulier. Quatre périodes composent cliniquement l'existence totale de la gomme depuis son début jusqu'à sa fin.

Ces périodes peuvent être dénommées comme il suit : 1° période de formation; 2° période de ramollissement; 3° période d'ulcération ; 4° période de réparation.

1° *Période de formation* (*gomme crue*, *solide*, *aphlegmasique*). La gomme du tissu cellulaire débute par une petite nodosité sous-cutanée. Cette nodosité, d'abord très-petite, comparable à un grain de blé, à un pois, s'accroît lentement et prend un certain volume, celui d'une noisette, d'une olive, d'une petite noix. Plus tard elle pourra s'accroître encore pour prendre les dimensions d'une noix, d'un petit œuf, voir même d'un œuf de poule.

1° Le premier attribut qui la distingue est de constituer une tumeur, et une tumeur nettement circonscrite. Elle ne fait corps ni avec la peau, ni avec les tissus sous-jacents.

2° Comme forme elle est généralement assez régulière, globuleuse, ovoïde, arrondie, souvent aussi aplatie. Elle ressemble à une olive ou mieux encore à un ganglion.

3° Comme consistance, elle est ferme. On peut encore comparer sa consistance à celle d'un ganglion.

4° Enfin et surtout, cette tumeur est complétement aphlegmasique. Elle est aphlegmasique par l'ensemble de tous ses caractères. Elle l'est tout d'abord par l'absence de rougeur et de chaleur des téguments. Elle l'est encore, parce qu'elle n'est pas entourée d'une atmosphère inflammatoire à la façon des tumeurs phlegmasiques ; autour d'elle, ni empâtement, ni œdème. Aussi la petite gomme, la gomme jeune est-elle mobile sous la peau qui la recouvre, et mobile également sur les tissus sous-jacents, du moins dans de certaines limites. Enfin et surtout, elle est aphlegmasique, parce qu'elle est indolente, remarquablement indolente. D'une part, elle n'est pas le siége de douleurs spontanées ; d'autre part, elle n'est pas plus sensible à la pression ; on peut la palper, l'explorer, la presser, sans éveiller aucune souffrance. Ce caractère d'indolence est tellement accentué que, dans bon nombre de cas, les malades ne s'aperçoivent qu'ils portent une tumeur gommeuse que *par hasard* et non parce qu'ils en souffrent.

Ecoutez-les raconter leur histoire ; ils vous disent ceci : « Un beau jour, j'ai « porté la main à tel endroit et j'y ai constaté une grosseur. J'en ai été très-étonné, « car je n'avais pas souffert, je ne m'étais aperçu de rien. »

Voilà la gomme constituée. Que va-t-elle devenir ? Pendant un certain temps, elle ne fait que s'accroître, en conservant toujours les mêmes caractères. Elle grossit ; et c'est tout. Et comment grossit-elle ? Lentement, très-lentement.

Tel est le premier stade de la production gommeuse ; stade bien simple comme phénomène puisqu'il se résume en ceci : *apparition et développement d'une tumeur sous-cutanée, solide et aphlegmasique.*

2° *Période de ramollissement, avec phlegmasie consécutive de voisinage*

A la gomme solide succède au bout d'un certain temps la gomme ramollie, et c'est ce travail de ramollissement qui caractérise le deuxième stade. Qu'est-ce que ce ramollissement ? Au point de vue clinique, c'est un phénomène en tous points comparable au ramollissement des tumeurs en général, et en particulier au ramollissement de la tumeur phlegmoneuse solide se convertissant en un abcès. Primitivement la gomme était ferme, consistante, manifestement solide. Eh bien, vient un moment où cette consistance diminue, d'abord un peu, puis davantage, davantage encore, jusqu'au moment où la palpation fait reconnaître un tissu mollasse, qui se laisse déprimer, qui, se ramollissant de plus en plus, devient complétement mou et donne cette sensation spéciale propre aux tumeurs liquides, c'est-à-dire la fluctuation.

Ici, une remarque pratique et un avertissement très-essentiel au médecin. Cette fluctuation à laquelle aboutit la gomme ramollie est, certes, le témoignage non équivoque d'une modification de structure survenue dans la gomme; mais elle n'atteste pas, comme on pourrait le croire, que la gomme soit déjà transformée en une collection liquide, prête à s'évacuer, si on lui donne issue par le bistouri. Bien des fois, en effet, on a ouvert des gommes arrivées à cet état de ramollissement, offrant une fluctuation vraie, très-manifeste, incontestable, et il n'en est rien sorti.

Le ramollissement dont nous venons de parler, est un phénomène qui se passe au centre même de la tumeur. A ce phénomène central, intrinsèque, il s'en ajoute bientôt un autre, qui se passe en dehors de la tumeur. Celui-ci consiste en un processus inflammatoire, ou mieux sub-inflammatoire, qui se produit dans les parties ambiantes et surtout dans les parties les plus superficielles, au niveau des téguments. Les téguments deviennent rosés d'abord, en commençant par la partie la plus proéminente de la tumeur, par son sommet; puis cette suffusion rosée, en même temps qu'elle s'étend, prend une coloration plus foncée ; bientôt toute la saillie, qui constitue la tumeur, se présente avec l'aspect des tissus enflammés, elle est rougeâtre. En même temps la tumeur, indolente jusqu'à ce jour, indolente même pendant que s'est produit le ramollissement central devient non pas douloureuse (douloureuse serait trop dire) mais sensible. Le malade y ressent une certaine tension, une gêne, quelques élancements. De plus la tumeur devient moins mobile, adhérente avec une peu d'œdème superficiel.

4° Enfin la peau qui recouvre la tumeur subit un travail d'amincissement progressif. Distendue par le développement de la tumeur, elle s'use, pour ainsi dire, par ses parties profondes, et lentement, très-lentement, arrive à ne plus former, à la surface du foyer ramolli, qu'une membrane très-amincie. Cet amincissement augmente de jour en jour, puis, vient un moment où la peau n'est plus représentée que par une pellicule épidermique, mince comme une pelure d'oignon, et laissant même apercevoir, par transparence, l'aspect jaunâtre du foyer sous-jacent. Finalement, au point le plus culminant de la tumeur, cette pellicule présente bientôt une petite crevasse, elle se rompt, et alors commence un nouveau stade, le stade ulcéreux.

Telle est la seconde période de l'existence des gommes; celle-ci, comme vous le voyez, est aussi simple que la première comme phénomène pathologique et se résume en ceci : 1° *Ramollissement progressif de la tumeur ayant pour*

caractère de se produire des parties centrales vers les parties périphériques, à froid, sans douleur, sans phénomènes inflammatoires; 2° *Plus tardivement, phénomènes inflammatoires périphériques, mais surtout superficiels, ayant pour effet d'ulcérer les téguments à la surface de la tumeur et d'en préparer l'ouverture.*

3° *Période d'ulcération.* Ce stade est certes le plus important de tous ceux qui constituent la gomme; c'en est cependant le moins bien connu, à mon sens.

Voilà la tumeur ouverte. Cette tumeur, on s'attendrait à la voir, d'une part donner issue à une quantité de liquide plus ou moins considérable, et d'autre part, s'affaisser d'autant. Eh bien, il n'en est rien.

De la tumeur ouverte il ne s'écoule que très-peu de liquide, remarquablement peu; souvent quelques gouttelettes seulement se présentent, suintent plutôt qu'elles ne s'écoulent; d'autres fois, il s'évacue une cuillerée de liquide tout au plus, rarement davantage. Partant la tumeur s'affaisse peu naturellement; elle reste, après ouverture, ce qu'elle était auparavant, ou peu s'en faut.

Quelle est la nature du liquide évacué par la perforation? Ici, variétés assez nombreuses. Quelquefois ce qui s'écoule est du liquide d'aspect purulent, jaune verdâtre, ou bien une sorte de pus mal lié, rougeâtre. Parfois encore (mais bien moins souvent qu'on ne le dit) c'est un liquide visqueux, gélatineux, sirupeux, transparent, dont le caractère le plus spécial est d'être filant comme la gomme. Plus habituellement, c'est un liquide sanieux, jaunâtre, pyoïde plutôt que purulent et contenant en suspension des détritus organiques, des grumeaux formés de tissu cellulaire, des granulations graisseuses, des gouttelettes huileuses, des globules sanguins et des leucocytes.

Poursuivons. La gomme une fois ouverte tend à s'ouvrir davantage. La petite perforation qui s'était faite à son sommet s'élargit par une ulcération de la peau qui se détruit excentriquement, si bien que ce petit pertuis central se transforme en une perte de substance circulaire, du diamètre d'une lentille, d'une pièce de 50 centimes et même d'un diamètre supérieur encore. A ce moment la tumeur figure, en quelque sorte, un monticule au sommet duquel s'est ouvert un petit *cratère.*

Or, si à ce moment nous examinons avec soin l'intérieur de ce cratère, qui donne jour sur les parties découvertes de la tumeur, nous voyons se présenter à l'orifice une sorte de parenchyme solide, blanchâtre, d'un blanc, variable comme nuance, (blanc gris, blanc jaunâtre), charnu et pouvant être comparé, comme aspect et comme couleur, à de la *chair de morue.*

Cette substance, assez singulière d'aspect, si nous l'examinons avec soin, a l'air d'un tissu *mort;* elle est insensible, désagrégée, elle s'en va en lambeaux. On peut l'étirer en filaments, disposition très-évidente sur cette belle pièce en cire, due au talent de M. Jumelin; vous voyez là une tumeur gommeuse éliminant son bourbillon: de ce bourbillon désagrégé se détachent des lambeaux fibrillaires, analogues d'aspect à des filaments de vermicelle.

Ce parenchyme blanchâtre, Messieurs, c'est le tissu même de la tumeur, mais c'en est le tissu dégénéré, mortifié, passé ou passant à l'état d'eschare. C'est lui qui constitue la plus grande partie de la tumeur; et voilà pourquoi si peu de liquide sort de cette tumeur lorsqu'elle vient à s'ouvrir, et pourquoi aussi, à ce moment, elle ne s'affaisse pas.

Ce tissu mort va maintenant s'éliminer et cela de la façon la plus simple. De jour en jour des lambeaux se détachent, dissociés, désagrégés et dissous par la suppuration. On les retrouve dans le pus, quand on l'examine avec soin, ou sur les linges de pan-

sement; de sorte que la masse totale diminue progressivement et, qu'à un moment donné, tout ce bourbillon charnu sera éliminé.

Une fois évacué, le bourbillon laisse à sa place une perte de substance plus ou moins profonde, creuse, circonscrite, qui constitue une véritable caverne, et qui a reçu le nom de *Caverne gommeuse*. Celle-ci, à son tour par l'ulcération de ses bords, ne tarde pas à se convertir en *ulcération à ciel ouvert*, de dimension variable suivant le volume initial de la gomme.

Quels sont les caractères de cet ulcère gommeux? C'est un ulcère excavé, creux, très-creux parfois. Ses bords sont nettement entaillés, découpés, et quelquefois proéminents et relevés parce qu'ils sont encore infiltrés de produits gommeux. Ils présentent une auréole d'un rouge sombre. Cet ulcère fournit une suppuration assez abondante, souvent sanieuse, séro-sanieuse, et chargée de détritus organiques.

Jusqu'ici rien de bien spécial dans cet ensemble de caractères, rien autre chose que ce qu'on observe dans nombre d'ulcères et notamment dans les ulcères syphilitiques tertiaires. Mais examinons le fond de la plaie. Le fond seul de cet ulcère, sans rien présenter de pathognomonique, offre cependant quelques caractères assez spéciaux. C'est, avant tout, le fond d'un ulcère de mauvaise apparence et de mauvaise mine. D'une part, il est inégal, aréolaire, anfractueux, il présente çà et là des dépressions; quelques auteurs ont même dit qu'il était « étagé ». De plus il est semé, en certains points, de détritus adhérents, de lambeaux charnus mortifiés, putrilagineux; on croirait avoir affaire à une plaie qui se gangrène par places. Cet aspect est dû (vous l'avez déjà compris) à des lambeaux non encore détachés du bourbillon gommeux.

En raison de ces deux caractères, en raison surtout de cette mauvaise apparence, l'ulcère gommeux, a pu être pris, à première vue du moins, pour un ulcère cancéreux. Plusieurs observations témoignent que cette erreur a été commise. Cette apparence, du reste, ne dure qu'un temps assez court. Pour peu que l'art intervienne, bientôt l'ulcère alors se déterge pour entrer dans la période de réparation.

Telle est la troisième période du développement des tumeurs gommeuses; elle se résume en ceci : *La tumeur s'ouvre, s'ulcère et élimine son eschare charnue caractéristique; puis, par la destruction de son revêtement cutané, elle se transforme en un ulcère à ciel ouvert, ulcère de mauvaise mine et encore couvert de lambeaux gommeux.*

4° *Période de réparation.* Les débris gommeux éliminés, l'ulcère se déterge et prend un aspect meilleur; ses bords s'affaissent; l'auréole rouge diminue; le fond s'élève et se couvre de bourgeons charnus; la suppuration devient mieux liée, plus louable, le travail de cicatrisation se produit.

La cicatrice d'abord rouge, pâlit ensuite, et finit par devenir blanche; elle reste toujours déprimée, par suite de la perte de substance qui s'est produite et qui est irréparable.

En cela, Messieurs, se résume toute la symptomatologie de la gomme.

Durée. D'une part, cette durée est toujours longue. Jamais elle ne demande moins de quelques mois, trois ou quatre mois au minimum, six ou huit mois en moyenne, quelquefois davantage.

D'autre part, cette durée est très-variable. Les variétés portent sur les deux premières périodes et plus spécialement encore sur la première, car les deux dernières évoluent en général d'une façon assez régulière, assez égale et relativement rapide.

La première période, quelquefois courte, est d'autres fois lente, très-lente même.

Il est des cas où la gomme, en voie de formation, reste longtemps stationnaire, sans modifications apparentes. De même aussi dans la seconde période, le ramollissement peut être ou hâtif ou assez lent ; dans le premier cas, à peine formée la gomme devient fluctuante; dans le second cas, le ramollissement languit et reste longtemps partiel, limité en un point de la tumeur.

En revanche, une fois la phlegmasie périphérique déclarée, les choses marchent assez vite et assez également d'un sujet à un autre. Il suffit de quelques semaines, en général, pour évacuer la gomme et l'amener à l'état d'ulcère. Cet ulcère peut encore durer assez longtemps; mais pour peu qu'un traitement convenable intervienne, la détersion et la réparation de l'ulcère se produisent le plus souvent d'une façon assez rapide.

Variétés. Ce que je vous ai décrit jusqu'ici est la tumeur gommeuse sous sa forme la plus simple, la plus élémentaire, dégagée de tout accident, de toute complication. Maintenant, pour être fidèle à ce que nous montre la clinique, il me faut ajouter que la tumeur gommeuse ne se présente pas toujours sous cette forme typique. Elle est sujette, au contraire, à quelques variétés de symptômes et d'évolution que je dois vous signaler.

Parmi les variétés de symptômes, deux points seulement méritent de nous arrêter.

1° Je vous ai représenté la tumeur gommeuse comme une tumeur essentiellement indolente, ne provoquant, par elle-même, aucune douleur, et insensible même à la pression. Il en est ainsi, en effet, dans la majorité des cas, au moins 95 fois sur 100. Mais il faut bien savoir aussi que, dans certains cas, cette tumeur, loin d'être indolente, détermine au contraire une douleur assez vive, voire même des douleurs violentes, aiguës.

Or, quand cela se produit-il ? Dans un cas unique: lorsque la tumeur est en rapport avec un tronc ou un filet nerveux qu'elle comprime ou qu'elle envahit. Exemples :

Dans un cas relaté par M. Ricord, une tumeur gommeuse de l'aîne excitait de vives douleurs de névralgie crurale, s'irradiant à toute la cuisse, de l'aîne au genou.

Dans un second cas, dû encore à M. Ricord, deux gommes situées sur le trajet du nerf cubital provoquaient de vives douleurs, douleurs qui s'irradiaient à l'avant-bras et aux deux derniers doigts, en suivant ainsi manifestement la distribution du nerf.

Dans un autre cas de M. Nélaton, une tumeur gommeuse de l'aisselle déterminait des douleurs névralgiques dans tout le membre et dans l'épaule.

2° Je vous ai dit aussi que dans la plupart des cas la tumeur gommeuse ne détermine, par elle-même, aucun trouble fonctionnel. Il y a exception à cette règle lorsque la tumeur devient gênante soit par son volume, soit par sa situation. C'est ainsi que, sur un malade, une tumeur située à la région sous-maxillaire empêchait les mouvements de la mâchoire et gênait la déglutition, voire même la respiration, par suite de la compression exercée sur le pharynx.

Dans un cas de M. Zambaco, une gomme, située sur l'artère radiale, exactement au point où l'on explore le pouls, déterminait un engourdissement de la main et une telle diminution de la puissance musculaire que la malade, qui était blanchisseuse, ne pouvait plus tenir son fer à repasser. De même, dans le cas précité de M. Nélaton, une tumeur gommeuse de l'aisselle déterminait, outre de vives douleurs, un engourdissement de tout le membre, des fourmillements continus et une diminution notable de la puissance musculaire.

Mais tout cela n'a encore qu'un intérêt secondaire : voici qui est plus important à connaître.

(1) 1° *Variétés de nombre.* — Le plus communément, on ne constate sur un malade qu'une seule tumeur gommeuse, ou bien deux, trois, quatre de ces tumeurs, tout au plus. Cependant, en quelques cas, notamment chez les malades rudement éprouvés par de mauvaises syphilis, on rencontre des tumeurs gommeuses *multiples*, et, quand ces tumeurs se mettent à devenir multiples elles pullulent avec une étrange facilité, de façon à constituer une véritable *diathèse gommeuse.*

Dans les cas de cet ordre on trouve huit, dix, douze, quinze tumeurs d'un égal volume, ou bien réunies en groupes au voisinage les unes des autres, ou bien disséminées, éparpillées en diverses régions.

Comme exemple, rappelez-vous la malade que je vous ai montrée à la fin de notre dernière réunion. Cette femme présentait quatre tumeurs gommeuses à la tête, trois à la jambe, deux au bras, une à l'épine de l'omoplate.

Ce n'est pas tout, mais dès ce moment nous sortons de l'ordre des cas usuels pour entrer dans le champ des exceptions. Sur certains malades on a rencontré des tumeurs gommeuses en un nombre beaucoup plus considérable : vingt, trente, trente-cinq, cinquante. M. Cazenave a cité le cas d'un malade dont les deux avant-bras et les épaules étaient criblés de tumeurs gommeuses. « Il y en avait certainement plus de cinquante. » Les deux bras offraient un aspect des plus étranges, ils étaient tout bosselés et présentaient une coloration cuivreuse bien manifeste, quelques-unes même de ces tumeurs étaient creusées d'ulcères caractéristiques.

Enfin, il y a plus encore, et ici nous entrons tout-à-fait dans le domaine de l'extraordinaire : vous trouverez dans le *Bulletin de thérapeutique* de 1845 un cas raconté par Lisfranc, dans lequel un malade présentait sur les bras, les avant-bras et les cuisses, 160 tumeurs gommeuses ; et ces tumeurs étaient de taille, s'il vous plaît, car « les moins volumineuses avaient le volume d'une petite noix et les plus développées celui d'une poire. » On administra l'iodure de potassium. Après huit mois de ce traitement, il ne restait plus que 40 de ces tumeurs ; les 120 autres avaient guéri par résolution.

2° *Variétés de volume.* — Bien autrement importantes encore sont les variétés de volume, dont il me reste à vous entretenir.

Je vous ai présenté la tumeur gommeuse comme offrant, en général, un petit volume, celui d'une noix, en moyenne ; bien plus rarement elle atteint les proportions d'un œuf de poule ou de dinde. Or, en quelques cas rares, ce volume peut être dépassé et de beaucoup. Pour abréger, allons immédiatement aux cas extrêmes, à ces cas de gommes qu'on ne peut qualifier autrement que d'énormes. En voici deux exemples :

J'ai relaté devant la Société des Hôpitaux, le cas d'une gomme de la cuisse, mesurant 8 à 10 centimètres dans son diamètre horizontal et 14 centimètres dans son diamètre vertical avec une épaisseur variant de 2 à 6 centimètres. Nous avions donc affaire ici à une tumeur grosse environ comme la moitié d'une tête de fœtus.

M. le docteur Mendeville a observé au Val-de-Grâce une tumeur gommeuse plus considérable encore. Celle-ci siégeait à la tête. Elle descendait de l'orbite au cou, qui était envahi dans une hauteur de 5 à 6 centimètres, et se prolongeait horizontalement du nez jusqu'à l'occiput. Toute la moitié inférieure de la face, une partie du cou, toute la moitié inférieure du crâne étaient couvertes par cette énorme production gommeuse.

Les faits de ce genre, pour être rares, n'en sont pas moins très-essentiels à connaître, et je vous les signale d'autant plus volontiers qu'ils sont peu connus en général et qu'ils n'ont, en quelque sorte, pas encore droit de cité dans la science, à en juger du moins par le silence de nos classiques à ce sujet. Et l'intérêt qu'ils comportent vous le saisissez sans que j'aie besoin de vous le dire. En raison de leur rareté, en raison de leur volume excessif, ces tumeurs sont exposées à être prises pour des tumeurs d'une autre nature, pour des tumeurs malignes, des cancers notamment, et par suite exposées à être soumises à des traitements chirurgicaux graves. La preuve c'est que dans les deux cas que je viens de vous citer, le diagnostic cancer avait été émis tout d'abord par divers médecins. Dans l'un l'opération avait été proposée ; dans le second, fort heureusement pour le malade, ce prétendu cancer avait été déclaré inopérable. Il guérit par l'iodure de potassium.

Complications. Les principales complications de la gomme sont celles qui ont rapport soit à l'évolution de l'ulcère gommeux, soit à la réaction de la gomme sur les organes de voisinage.

Un mot d'abord sur les premiers. Lorsque l'ulcère gommeux s'est produit par évacuation de la tumeur, il ne tend pas toujours à se séparer. Loin de là, en quelques cas, il persiste au contraire, et peut même persister un temps plus ou moins long. C'est ainsi que j'ai vu dernièrement une ulcération très-étendue du scrotum qui, consécutive à une gomme, persistait depuis 8 à 9 mois.

L'ulcère gommeux peut même progresser, s'étendre bien au-delà des limites de la tumeur initiale, en corrodant ou détruisant les téguments dans toute leur épaisseur (*gomme extensive*) ; il peut même prendre la forme phagédénique.

En second lieu, les gommes peuvent créer des complications de voisinage. On a vu, par exemple, les gommes du crâne méconnues et non traitées, dénuder les os et déterminer des ostéites, des nécroses, sans parler des accidents ultérieurs de ces dernières lésions par réaction sur l'encéphale.

De même, M. le docteur Mendeville a relaté le fait d'une gomme, située au voisinage de l'articulation sterno-claviculaire, laquelle méconnue et non traitée à son début détermina une carie de la clavicule et du sternum ; cette carie, à son tour, entraîna d'autres accidents et fut suivie de mort.

En dernier lieu, je vous signalerai un fait peu connu et absolument négligé par nos classiques, bien digne d'intérêt cependant, il me semble. C'est une sorte de complication *posthume* des gommes. Je m'explique. Quand une gomme a évolué, a parcouru toutes ses phases et s'est cicatrisée, il se peut encore qu'on n'en ait pas fini avec elle. Il se peut qu'elle renaisse de ses cendres, pour ainsi dire, qu'elle se reproduise en ulcérant la cicatrice; c'est là une sorte de réviviscence de la gomme après guérison. Comme exemple, je vous montrerai, à la fin de notre réunion d'aujourd'hui, une malade qui, très-rudement éprouvée par la syphilis, a été affectée, entre autres accidents, d'une gomme du pied, laquelle s'est ouverte, s'est cicatrisée, puis s'est reproduite. Une première fois, il y a quelques mois, cette gomme a parcouru toutes ses périodes et s'est cicatrisée. Puis, quelques semaines plus tard, la cicatrice bien faite, paraissant résistante et définitive, s'est ouverte en plusieurs points. De nouveaux ulcères se sont produits, ulcères creux, à bords découpés, à fond putrilagineux, tout à fait semblables aux ulcères qu'avait recouverts la cicatrice.

Diagnostic. Je n'ai pas à revenir ici sur l'importance des trois ordres de considérations que l'on doit interroger dans le diagnostic de toute lésion syphilitique, à savoir : 1° Notion des antécédents ; 2° Considération des accidents concomitants ; 3° Caractères propres de la lésion. Je me bornerai à rechercher ce que présentent de spécial les symptômes propres de la lésion.

Sans rien présenter de pathognomonique, la gomme offre cependant certaines particularités distinctives ; ce qu'elle présente de plus spécialement distinctif est ceci : d'une part, un fait anatomique propre ; d'autre part, une évolution caractéristique.

Le fait anatomique c'est, vous le savez déjà, l'existence de ce bourbillon gommeux, de cette escharre charnue, blanche et filamenteuse, que je vous ai décrite précédemment.

L'évolution est encore plus spéciale. A mon sens, ce qui, nosologiquement et cliniquement, distingue le mieux la gomme, c'est ce fait d'une tumeur qui, primitivement solide, se ramollit plus tard pour aboutir à un ulcère d'une physionomie assez spéciale. Tumeur solide, tumeur ramollie, ulcère consécutif, voilà la triple phase que subit la gomme. Eh bien, si chacun des trois termes n'est pas spécial en soi, leur ensemble certes est spécial et caractérise la gomme de façon à la différencier de toute autre tumeur. C'est donc l'*évolution* de la gomme qui offre surtout au diagnostic un élément distinctif.

Ajoutez à cela que certains attributs secondaires de la gomme lui confèrent aussi une physionomie quelque peu distinctive, tels que : forme arrondie et régulièrement arrondie de la tumeur ; indolence du début ; volume en général médiocre ; nature du liquide évacué ; aspect putrilagineux, bourbillonneux de l'ulcère consécutif ; tendance stationnaire ou extensive de cet ulcère, etc.

Il y a dans ces divers signes assurément des éléments séméiologiques auxiliaires dont le diagnostic peut tirer un utile profit.

Quelques mots actuellement sur le diagnostic différentiel.

Il est certain qu'une lésion qui parcourt trois étapes successives, dans chacune desquelles elle se montre sous une forme différente, qu'une tumeur qui tour-à-tour est tumeur solide, tumeur fluctuante, puis ulcère, peut et doit affecter des ressemblances, des analogies d'aspect avec divers états morbides très-différents. C'est ainsi que la gomme solide se rapproche symptomatologiquement de toutes les tumeurs solides, adénôme, cancer, tumeur fibro-plastique, et autres. C'est ainsi que la gomme fluctuante affecte une certaine analogie avec les abcès froids, les abcès de la scrofule, le furoncle, la loupe, les tumeurs sébacées de la peau en voie de dissolution, etc. De même enfin, la gomme à l'état d'ulcère peut être confondue avec d'autres syphilides de forme ulcéreuse, avec les ulcères scrofuleux et avec les ulcères simples, notamment aux membres inférieurs avec les ulcères variqueux.

Mais il est certain aussi que si la gomme peut être confondue avec ces divers états morbides à un moment donné, elle en diffère toujours et essentiellement par l'ensemble de son évolution. Elle peut leur ressembler à un moment donné ; elle ne leur ressemble jamais dans l'intégralité de ses symptômes successifs. Aussi la *marche* clinique de la tumeur, sans parler même des commémoratifs, permettra-t-elle facilement, en général, de distinguer la gomme des divers états morbides précités.

Il est cependant un point qui mérite toute notre attention ; je veux parler du diagnostic différentiel de la gomme et du cancer. Très-nombreux sont les cas dans

lesquels la confusion de ces deux lésions a été commise et plus d'une fois on a opéré une gomme qu'on avait diagnostiquée cancer.

Ce diagnostic peut être institué sur les quatre ordres et considérations suivantes : 1° Considérations étiologiques ; 2° Différences entre les symptômes propres de la lésion ; 3° Etat des ganglions ; 4° Influence du traitement.

1° *Considérations étiologiques.* 1° La gomme a toujours été précédée d'accidents spécifiques actuels. Rien de semblable pour le cancer. (Reservons toutefois ici la possibilité des coïncidences morbides, car un cancer peut se développer sur un sujet préalablement syphilitique).

2° *Différences entre les symptômes propres de la lésion.* Le cancer développe de préférence à un âge avancé et souvent chez des sujets prédisposé cancer par hérédité. La gomme, au contraire, n'a pas d'âge de prédilection.

Mais inutile de vous dire que ces premières considérations n'ont qu'une val très-relative et qu'on ne saurait instituer sur elles un diagnostic absolu. Meilleur sont les considérations cliniques ; celles-ci sont tirées des caractères de la tumeur et des ganglions.

Caractères cliniques de la lésion :

Cancer	*Gomme*
Tumeur presque toujours unique ;	Quelquefois unique, souvent multiple ;
Tumeur susceptible de tout volume et généralement volumineuse ;	Tumeur de petit ou de moyen volume.
Tumeur irrégulière de forme, mal limitée et surtout bosselée ;	Tumeur régulière, ovoïde ; rarement bosselée ;
Tumeur adhérente ou rapidement adhérente à la peau ;	Tumeur non adhérente à la peau ;
Tumeur douloureuse.	Tumeur indolente.

(Notez que nous ne mettons en parallèle ici que la gomme et le cancer à l'état de crudité. Si nous poursuivions ce parallèle à la période ulcéreuse, nous aurions à signaler bien d'autres différences. Ainsi l'ulcère cancéreux se faisant de la superficie au centre, irrégulier, fongueux, à végétation molasse, sanieux, fétide, hémorrhagique, extensif est très-différent de l'ulcère gommeux, qui succède à un ramollissement central, à l'élimination d'une eschare, qui ne présente jamais les bourgeonnements du cancer, etc., etc.)

3° *Etat des ganglions.* — A dessein j'ai séparé ce signe spécial des autres éléments cliniques, espérant en mettre mieux en relief toute l'importance.

Cancer	*Gomme*
Ganglions pris très-rapidement.	Ganglions intacts.

Excellent signe, qui, à très-peu d'exceptions près, suffit à une certaine période au moins, pour distinguer le cancer de la gomme.

4° *Traitement.* Enfin, comme dernier signe, influence du traitement spécifique. Sur le cancer, nulle action des iodiques ou mercuriaux, sur la gomme, action résolutive rapide, sauf exceptions rares. Le traitement sert ici, comme on le dit, de pierre de touche, tant son action est marquée. Aussi est-ce une règle absolue de

pratique, dans les conditions où le diagnostic difficile du cancer et de la gomme peut être débattu, de ne jamais opérer avant d'avoir permis à l'iodure d'exercer, s'il peut l'exercer, son action spécifique sur une tumeur restée douteuse.

Et non-seulement c'est une indication supérieure d'interroger l'iodure dans les cas douteux, dans les cas où le diagnostic ne peut être institué d'une façon sûre, mais c'est aussi le devoir absolu du médecin de tenter le traitement spécifique, dans les cas où la moindre incertitude peut planer sur le diagnostic, je dirai même dans les cas où l'incertitude n'existe pas. Car nombreux, bien nombreux sont les cas où les iodiques ont guéri des tumeurs diagnostiquées cancéreuses. Ouvrez les Recueils et vous trouverez quantité d'observations analogues à ceci : Un malade présente une tumeur ; cette tumeur offre, dit-on, les signes du cancer ; elle a été diagnostiquée cancer. Par expérience, par acquit de conscience, on administre l'iodure de potassium et l'on voit le prétendu cancer disparaître. Ce prétendu cancer n'était qu'une gomme.

J'ai déjà vu, pour ma part, plusieurs cas semblables, tumeurs diagnostiquées cancer et qui ont été guéries par l'iodure de potassium donné comme pierre de touche et sans espérance.

Pronostic. Les gommes du tissu cellulaire n'ont pas, en général, de gravité directe. Suppuration plus ou moins prolongée, destruction de la peau dans une étendue plus ou moins grande, cicatrices persistantes, voilà ce à quoi elles exposent. Elles ne sont véritablement sérieuses, en tant que lésions, que dans des conditions relativement assez rares, soit par les accidents de voisinage auxquels elles peuvent donner lieu, soit en raison du volume excessif qu'elles peuvent acquérir, soit enfin par extension phagédénique de l'ulcération.

Mais elles sont surtout graves, parce qu'elles attestent l'état tertiaire. Elles témoignent que la syphilis est entrée dans cette période de prolifération gommeuse où des lésions graves peuvent se produire. A ce point de vue toutefois il est une distinction à établir. Dans le cas où les gommes sont peu nombreuses, elles n'ont pas une signification pronostique plus particulière que tel ou tel autre accident tertiaire. Des gommes multiples, au contraire, survenues simultanément ou se succédant à de courtes échéances, ont une signification extrêmement grave. Elles témoignent d'une syphilis de forme mauvaise, d'une *mauvaise vérole* comme on dit vulgairement. Elles attestent une infection profonde, une fâcheuse tendance de la diathèse, non pas seulement à des productions morbides d'un certain ordre, mais encore à des disséminations morbides aussi multiples que redoutables et à une réaction grave sur l'état général, sur la santé. Quand vous verrez des gommes multiples se montrer sur un malade, tenez-vous pour averti que vous allez avoir des assauts à supporter. Tout est à craindre en pareil cas. Et la preuve c'est que les gommes multiples figurent habituellement au premier plan dans le cortége des accidents qui accompagnent la cachexie syphilitique.

Les gommes isolées, ou du moins les gommes qui ne sont pas multiples, subissent, en général, du traitement spécifique une influence curative des plus marquées. Elles guérissent facilement par l'iodure de potassium. Les gommes multiples, au contraire, sont infiniment plus rebelles ; souvent elles ne guérissent sur un point que pour repulluler sur un autre.

Traitement. — Avant de dire ce qu'il convient de faire contre les gommes,

commençons, — et cela peut ne pas être inutile, — par dire ce qu'il ne faut pas faire.

Ce qu'il ne faut pas faire, c'est :

1° Enlever, opérer la gomme ; opération très-inutile, toujours pénible, et qui n'est pas sans exposer à certains risques ;

2° L'attaquer par le caustique, et cela pour les mêmes raisons ;

3° L'ouvrir, alors même qu'elle est fluctuante, aussi fluctuante que possible.

Toutes ces opérations sont inutiles, et c'est là leur contrindication la plus naturelle. Le traitement par l'iodure peut, en effet, déterminer la résorption des gommes. Les cas abondent, surabondent même, où cette résorption a été obtenue, quoique le ramollissement de ces tumeurs fût déjà plus ou moins avancé, voir même à l'époque où la fluctuation est des plus manifestes. Il faut s'interdire d'intervenir chirurgicalement contre les gommes. Telle est la règle, et cette règle n'admet qu'une seule exception : c'est lorsqu'une gomme, trop avancée pour qu'on puisse en espérer la résolution, occasionne, par sa présence, une gêne, un trouble fonctionnel auquel il est urgent d'obvier.

Ces préceptes négatifs établis, que faut-il faire contre la gomme ?

Ce qu'il faut faire est très-simple : administrer l'iodure de potassium, et l'administrer immédiatement à dose suffisante, c'est-à-dire à la dose de 1,2,3 grammes, suivant la tolérance, et à dose d'autant plus haute et d'autant plus rapidement progressive que le développement de la gomme est plus avancé.

En pareil cas, je le répète, l'iodure jouit d'une activité surprenante, pour faire ce qu'aucun remède ne fait à propos d'une tumeur, pour résoudre, pour résorber cette tumeur. Il résout, il résorbe les gommes avec une activité et une rapidité surprenante. Il résout même la gomme la plus volumineuse ; exemple, les deux cas précités où il a été suivi d'un merveilleux succès.

C'est toujours l'iodure qu'il convient de prescrire en premier lieu. Seul, en effet, il suffit le plus souvent à la guérison. Il est assez rare qu'on soit forcé de lui associer le mercure. L'indication d'appeler le mercure au secours de l'iodure ne se présente guère que dans deux ordres de cas : 1° Contre les gommes précoces, se produisant à une période jeune de la diathèse ; 2° Contre les gommes rebelles.

Et c'est aussi dans ces deux ordres de cas qu'il convient de mettre en œuvre, concurremment avec le spécifique, les agents de la médication reconstituante ; car dans ces ordres de cas la production de la gomme se relie le plus souvent à un certain degré d'appauvrissement de l'organisme, à un mauvais état général, soit antérieur et étranger à la diathèse, soit résultant du fait même de l'infection.

Enfin, un mot sur le traitement local.

Dans la première et la seconde période des gommes, le traitement local ne joue qu'un rôle très-secondaire. On a proposé, et on emploie souvent à cette époque de la maladie, comme adjuvant du traitement général, certains moyens locaux, tels que frictions mercurielles, pommades iodées ou iodurées, badigeonnages à la teinture d'iode, vésicatoires, etc. Il est bien difficile d'être fixé sur le degré d'action de ces divers moyens, car on n'a pas l'occasion de les employer seuls. Tout ce qu'on peut dire c'est qu'ils ne nuisent pas, et qu'ils paraissent jouir (les vésicatoires notamment) d'une certaine action résolutive.

En revanche, quand la gomme est ouverte, le traitement local devient plus urgent.

D'abord, lorsque la grosseur est en voie d'élimination, quelques soins d'hygiène locale sont indispensables : bains tièdes et cataplasmes émollients pour modérer le mouvement fluxionnaire périphérique ; lotions et injections détersives à l'intérieur de la caverne gommeuse.

Enfin, quand l'ulcère gommeux est à découvert, il convient de le panser. Comment ? On a vanté dans ce but, bien des pommades, bien des solutions, des topiques divers, l'iodoforme notamment. Je crois que rien ne vaut le *pansement exclusif au sparadrap de Vigo*, mode de pansement dont j'aurai longuement à vous parler à propos des syphilis tertiaires et qu'aujourd'hui, en conséquence, je me bornerai à signaler.

Avec la cicatrisation de la gomme la tâche du médecin est-elle achevée ? Nullement. Il faut se rappeler, en effet, que la gomme atteste un état tertiaire, prêt à rentrer en scène, à renaître *in situ* ou à créer ailleurs des accidents d'un autre genre. Donc, la gomme guérie, le devoir du médecin est de surveiller encore le malade, de l'avertir du danger qu'il court et de l'en préserver en continuant longtemps encore le traitement général de la diathèse.

COURS COMPLÉMENTAIRES DE LA FACULTÉ

Cours de M. Fournier sur la *Syphilis tertiaire.*

Recueilli par M. Porak, interne des hôpitaux.

TROISIÈME ET QUATRIÈME LEÇONS

Des syphilides tertiaires cutanées.

Messieurs,

On désigne sous le nom de syphilides tertiaires les affections cutanées qui, dans l'évolution normale de la diathèse syphilitique, se produisent à longue échéance de l'infection première. Ces affections constituent, à coup sûr, un ordre de manifestations des plus communs dans la période tertiaire.

Les manifestations cutanées de la syphilis tertiaire sont à divers points de vue très-différents de celles qui accompagnent la syphilis secondaire. Formulons tout d'abord en quelques mots les différences qui séparent ces deux groupes d'affections éruptives; cela me permettra de vous donner d'emblée une idée générale des lésions que nous allons étudier.

Caractères généraux des syphilides tertiaires.

Les syphilides tertiaires ont pour caractères les plus généraux d'être constituées par des éruptions circonscrites, profondes et presque toujours ulcéreuses, importantes comme lésions et souvent graves, évoluant d'une façon remarquablement chronique, composées d'éléments éruptifs tous similaires, affectant enfin une configuration presque invariablement cerclée.

Quelques détails :

1° Ce sont, ai-je dit, des *éruptions circonscrites.*

Le propre des syphilides secondaires, surtout pour les plus précoces, c'est d'être disséminées, répandues sur une grande partie de l'enveloppe cutanée. Tout au contraire, c'est une règle presque absolue pour les syphilides tertiaires d'être limitées à une étendue relativement restreinte de la peau.

2° Ce sont des *éruptions profondes.*

Les syphilides secondaires sont remarquablement superficielles; elles effleurent seulement les tissus. Les syphilides tertiaires, réserve faite pour une seule forme, sont toutes des lésions ulcéreuses, profondément ulcéreuses, même en certains cas, véritablement destructives.

3° Ce sont des *lésions importantes et souvent graves.*

Cela n'est qu'un corollaire de la proposition précédente. Les syphilides secondaires sont bénignes parce qu'elles sont superficielles. Les syphilides tertiaires sont graves parce qu'elles sont profondes et ulcéreuses.

4° Ce sont des *lésions d'évolution remarquablement chronique.*

Très-lentes, en effet, sont dans leur marche les syphilides tertiaires. Leur évolution se fait toujours par mois ou par années. Non traitées elles peuvent persister un temps presque indéfini; on en a vu durer 5, 6, 10 ans et plus.

(1) Infiniment plus rapides dans leur évolution sont les syphilides secondaires, qui, traitées ou même non traitées, diparaissent à bien plus bref délai, qui sont bien moins persistantes et bien plus aiguës comme évolution.

5° Ce sont des *lésions composées d'éléments éruptifs tous similaires.*

Les syphilides secondaires, vous le savez, sont très-souvent polymorphes, c'est-à-dire composées d'éléments éruptifs différents. Les syphilides tertiaires, au contraire, ne sont jamais constituées que par des éléments éruptifs de même forme. Voyez un syphilitique tertiaire affecté d'ecthymas; s'il a vingt lésions sur le corps, toutes les vingt seront des echtymas, appartiendront au même type éruptif.

6° Ce sont des *lésions de configuration presque invariablement cerclée.*

Cette tendance à la forme cerclée est l'apanage de la plupart des éruptions syphilitiques secondaires ou tertiaires; mais tandis qu'elle s'observe seulement dans quelques-unes des syphilides secondaires, elle est bien autrement accusée dans les syphilides tertiaires. Presque toutes les syphilides tertiaires sont remarquablement cerclées.

Cette tendance à la forme cerclée s'accuse de deux façons, soit dans la configuration de l'élément éruptif qui constitue la lésion, soit dans la configuration des groupes éruptifs.

Telles sont les différences des syphilides des deux périodes de la diathèse, et ces différences sont d'autant plus accusées qu'on observe des types plus éloignés chronologiquement.

Division. — Les syphilides tertiaires se rangent sous deux chefs de la façon suivante : 1° Syphilide ecthymateuse profonde; 2° syphilides gommeuses.

1° ECHTYMA PROFOND.

La dénomination d'ecthyma profond est satisfaisante, car elle spécifie la différence essentielle qui distingue cette forme de l'ecthyma superficiel, à savoir le caractère profond de l'entamure du derme, de l'ulcération sous-jacente à la croûte.

Dans un autre ordre d'idées cet accident a été nommé ecthyma tardif. Appellation non moins légitime, car, dans l'évolution normale de la diathèse, il occupe une place chronologique très-distante de celle de son congénère. Tandis que l'un, l'ecthyma superficiel, est une manifestation précoce ou moyenne du stade secondaire, l'autre, l'ecthyma profond, ne se montre jamais que d'une façon relativement tardive, dans la seconde année au plus tôt, habituellement plus tard, et souvent même à une époque très-reculée de l'infection, en pleine période tertiaire.

On pourrait presque dire de lui qu'il appartient à toute période de la diathèse, sauf au jeune âge de l'infection.

En tant que lésion élémentaire, l'ecthyma profond est identique avec l'ecthyma superficiel. Comme lui, en effet, il est constitué par une lésion pustuleuse, qui d'une part s'encroûte, qui d'autre part attaque le derme.

Seulement, sa pustule est de dimensions plus considérables, sa croûte plus large et plus épaisse, son ulcération plus étendue et plus profonde.

Gardez-vous cependant, Messieurs, de considérer l'ecthyma profond comme un ecthyma superficiel amplifié, vu à la loupe. Ce qui le différencie de ce dernier, ce n'est pas seulement l'infériorité de ses proportions; c'est bien plutôt son caractère

ulcéreux, extensif, malin; c'est plus encore, c'est la signification pronostique qu'il comporte avec lui et dont je vous parlerai bientôt. Mais, entrons dans les détails.

1° *La lésion initiale* de l'ecthyma profond est une grosse pustule, une véritable ampoule purulente, régulièrement cerclée, aplatie, bordée d'une aréole d'un rouge sombre ou violacé. Cette ampoule est gorgée de pus, d'un pus mal lié, séreux, quelquefois rouillé. Elle est peu durable, bien qu'elle le soit plus que celle de l'impétigo ou de l'ecthyma plat. Bientôt elle se rompt et est remplacée par une croûte, ou bien, sans se rompre, elle dégénère sur place en une lamelle croûteuse, forme sous laquelle, presque invariablement, se présente la syphilide que nous étudions actuellement.

2° *La croûte* est proportionnelle, tout d'abord, comme étendue, à la pustule initiale. Plus tard elle peut s'accroître et s'accroît le plus souvent, à mesure que, sous elle, progresse l'ulcération. Elle varie de la sorte du diamètre d'une pièce de 20 centimes à celui d'une pièce de 1, de 2 et même de 5 francs.

Comme forme, elle est habituellement circulaire.

Comme couleur, elle varie du brun au brun foncé; quelquefois elle est presque noire; quelquefois aussi elle est semée de tons ou de reflets verdâtres, d'un vert foncé, d'un vert bouteille.

Comme aspect et consistance, elle est inégale, épaisse, compacte, rigide, résistante, constituée d'une seule pièce, et non pas composée, comme la croûte de l'impétigo.

En l'étudiant avec attention, on reconnaît facilement qu'elle consiste en une série de stratifications croûteuses superposées, ce que démontre sa forme convexe, conique, souvent même étagée, forme qui l'a fait comparer à certains coquillages, notamment à l'écaille d'huîtres. Elle est adhérente, encadrée et comme enchassée dans l'ulcération sous-jacente.

Enfin, elle est entourée par une aréole rouge, qui décrit autour d'elle une zône annulaire de plusieurs millimètres. Cette aréole prend quelquefois, aux membres inférieurs notamment, une teinte livide, brunâtre et comme pigmentaire.

3° La croûte n'est encore ici que le masque de la lésion. Car la lésion véritable, c'est l'*ulcération*, laquelle se présente avec les caractères suivants :

Elle est profonde, creuse; elle entame le derme dans une bonne partie ou même dans la totalité de son épaisseur; elle est nettement découpée, comme entaillée à l'emporte-pièce, et ses bords sont à pic, abrupts, escarpés;

Son fonds est inégal, déchiqueté, variable comme coloration, tantôt grisâtre et pultacé, tantôt jaunâtre, tantôt d'un brun foncé, livide, noirâtre et gangréniforme;

Il sécrète abondamment, et le liquide qu'il fournit est, soit du pus véritable, soit de la sérosité purulente striée de détritus et de sang.

4° Une telle lésion, bien évidemment, ne peut, après cicatrisation, que laisser un stigmate profond et indélébile. C'est, en effet, ce qui a lieu.

Quand, après une durée toujours assez longue, l'ulcération vient à se séparer, sa croûte se détache, son fond s'élève, se met à bourgeonner, et finalement se cicatrise comme une plaie simple. D'autres fois, mais cela est plus rare, le travail de réparation se fait sous la croûte, qui se détache seulement quand la cicatrice est à peu près accomplie.

Qu'elle se soit produite d'une façon ou d'une autre, la *cicatrice* définitive est toujours remarquable à plusieurs points de vue : d'abord par sa forme circulaire ; en second lieu parce qu'elle est fortement déprimée, conséquence naturelle de l'entamure profonde subie par le derme ; troisièmement, en ce qu'elle offre une coloration d'un brun très-foncé, presque noirâtre. Cette *macule* consécutive persiste fort longtemps, plusieurs années pour le moins ; puis elle se décolore progressivement. Aux membres inférieurs, il n'est pas rare qu'elle persiste indéfiniment avec sa teinte bistrée. Aussi cette macule est-elle parfois d'un très-utile secours pour le diagnostic rétrospectif de certains cas obscurs, à la période tertiaire.

L'éruption d'ecthyma profond se compose d'un certain nombre de lésions que nous venons de décrire. En général elle est assez discrète, et l'on ne compte guère plus d'une douzaine ou d'une vingtaine de ces lésions, quelquefois même beaucoup moins. Inversement, il est des cas où l'affection prend une certaine confluence, confluence locale, du moins, sous forme de groupes disséminés çà et là sur différentes régions.

Ces groupes ecthymateux peuvent siéger partout, mais c'est aux membres inférieurs spécialement qu'on les observe, en avant des tibias.

Les éléments éruptifs qui composent ces groupes sont souvent disposés en demi-cercles ou en segments de circonférence. Au lieu de rester isolés, quelquefois ils se réunissent, se fusionnent et aboutissent de la sorte à constituer de larges *traînées croûteuses*, lesquelles décrivent sur les téguments de longs arcs de cercle, 8, 10, 12, 15 centimètres de parcours et même davantage. Sur certains malades gravement éprouvés, ces traînées ecthymateuses prennent le caractère *phagédénique*, s'étendent en divers sens et envahissent des portions considérables de téguments. Parfois encore, ce qui est plus bizarre, elles affectent la *forme ambulante serpigineuse*, se réparant par une de leurs extrémités tandis qu'elles progressent par l'autre. Dans ces deux ordres de cas, la lésion se montre extraordinairement rebelle, déjoue longtemps tous les efforts de la thérapeutique, épuise les malades par la suppuration qu'elle entretient et constitue toujours un appoint grave à l'état grave dont elle dérive.

Même en dehors de ses dernières formes, heureusement exceptionnelles, l'ecthyma profond est une manifestation sérieuse et cela pour plusieurs raisons :

1° Parce que d'abord il consiste en une lésion importante, en une série d'ulcérations véritables, creuses, susceptibles de s'étendre, de s'enflammer, de s'éterniser.

2° Parce qu'ensuite il affecte toujours une durée assez longue. Même traité convenablement, il ne guérit qu'après plusieurs semaines, souvent après plusieurs mois. *A fortiori*, sa persistance est-elle bien autre lorsque l'art n'intervient pas, ou, ce qui est pis encore, lorsqu'il intervient d'une façon déplorable. C'est par années alors qu'il faut compter la durée de la maladie.

3° Parce qu'enfin c'est une lésion féconde en récidives. Après une première éruption d'ecthyma profond, il s'en produit souvent une seconde, il s'en produit même parfois toute une série. J'ai vu des cas où un malade ne sortait d'une poussée ecthymateuse que pour en recommencer une autre, et ainsi de suite. Si bien que, dans de telles conditions, il faut une lutte incessante de plusieurs années pour débarrasser le malade de ces répullulations successives.

Mais là encore n'est pas la gravité vraie de l'affection. Sa gravité vraie, c'est la signification pronostique qu'elle comporte, soit au point de vue de la diathèse, soit relativement à l'état général des malades.

L'ecthyma profond, en effet, atteste de deux choses l'une, si ce n'est toutes deux à la fois, à savoir *une vérole grave*, *un état général alarmant*.

Premier point : l'ecthyma profond témoigne d'une vérole grave. C'est un fait constant qu'il se produit, sinon d'une façon exclusive, du moins avec une préférence marquée chez les sujets qui sont fortement éprouvés par la vérole, et fortement éprouvés moins par le nombre que par la qualité des accidents. Lorsque la vérole prend une forme grave, il est rare que l'ecthyma profond ne figure pas un jour ou l'autre dans le cortége de ses manifestations.

Aussi est-il, à ce titre, un symptôme habituel de ces cas redoutables de véroles dites *galopantes*, dans lesquelles les accidents se multiplient coup sur coup, se pressent, s'accumulent, se précipitent, au point d'aboutir en peu de temps aux formes les plus tardives et les plus graves.

Pour la même raison, l'ecthyma profond coïncide souvent avec d'autres manifestations sérieuses de syphilis, notamment avec des troubles intéressant la vie splanchnique; ou bien, s'il existe seul, il ne manque guère, à moins que la médication n'intervienne, d'être suivi d'autres lésions d'un pronostic équivalent, si ce n'est pire. Aussi peut-on le considérer comme l'indice d'une intoxication profonde, comme un présage annonçant que l'infection secondaire va bientôt passer à d'autres formes plus graves, céder le pas à des accidents viscéraux tertiaires. C'est là, en effet, ce qu'on observe fréquemment. Exemple : Cette malade a été traitée dans nos salles, il y a quelques mois, pour un ecthyma profond ; sortie prématurément de notre hôpital, elle vient d'y rentrer pour une exostose du radius et une tumeur gommeuse de la voûte palatine.

Second point : l'ecthyma profond témoigne d'un état général appauvri, d'une détérioration plus ou moins accusée de l'organisme. C'est une forme d'accidents, en effet, qu'on observe surtout chez les sujets débilités, soit antérieurement à la contagion, soit consécutivement par le fait même de la syphilis ; chez les sujets éprouvés par la misère, les privations, les chagrins, les émotions, les veilles, la débauche, les fatigues de la vie mondaine ; chez les sujets scrofuleux, lymphatiques; chez les individus enfin à constitution molle et délicate, à tendance pyogénique, pour lesquels tout est prétexte à suppuration.

Aussi l'ecthyma profond est-il un des symptômes qui accompagnent le plus fréquemment cet état si grave connu sous le nom de *cachexie syphilitique*. A ce dernier point de vue, il se rapproche de l'ecthyma vulgaire, dont une forme spéciale, en raison de sa tendance à se produire chez les sujets malingres, affaiblis, épuisés, a reçu la dénomination significative d'ecthyma cachectique. N'exagérons rien toutefois. L'ecthyma profond ne comporte pas toujours un pronostic aussi défavorable et ne se manifeste pas invariablement dans les conditions que nous venons de signaler. Il est un certain nombre de cas dans lesquels on l'observe chez des sujets de constitution moyenne et sous des formes moins redoutables.

C'est alors un accident sérieux, important, mais ce n'est plus un accident grave à proprement parler ; et la preuve, c'est qu'avec un traitement bien dirigé on parvient, non pas seulement à le guérir, mais à prévenir, après lui, toute manifestation sérieu

2° SYPHILIDES GOMMEUSES.

Les lésions cutanées qui doivent nous occuper actuellement, ont été décrites jusqu'alors sous des noms très divers : syphilide tuberculeuse, syphilide papulo-tuberculeuse, syphilide tuberculo-crustacée, syphilide tuberculo-ulcéreuse, syphilide serpigineuse, syphilide térébrante, lupus syphilitique, lupus vorax, esthiomène syphilitique, etc., etc.

En vous proposant de substituer à ces dénominations multiples la désignation unique de *syphilides gommeuses*, je ne fais qu'obéir aux exigences légitimes de la science contemporaine.

Il est acquis aujourd'hui, en effet, que les formes morbides décrites sous ces différents noms, se rattachent toutes à un seul type, qu'elles sont toutes des dérivés, des accidents ou des complications d'une seule et même entité clinique et anatomique, la forme gommeuse. Il y a donc avantage à les réunir toutes sous un vocable unique, celui de syphilides gommeuses.

Quelle est la caractéristique générale de ces lésions ?

Ce sont des gommes, de véritables gommes développées dans la peau et, suivant le mot de Virchow, « ce sont des gommes parfaites. » Transportez dans la peau les lésions que nous avons étudiées sous la peau, dans notre dernière séance, et vous aurez la représentation à peu près exacte des genres d'accidents qui vont nous occuper aujourd'hui.

Comme les gommes sous-cutanées, en effet, les syphilides gommeuses sont constituées par des tumeurs solides, pleines et plus ou moins dures. Comme elles, ce sont des tumeurs organisées et non pas de simples exsudats amorphes. Comme elles, ce sont des tumeurs cellulaires, c'est-à-dire formées par des éléments de tissu connectif, par des cellules de dimensions variables avec une gangue inter-cellulaire amorphe. Comme elles, enfin, ce sont des tumeurs à organisation non stable, non permanente, destinées à subir assez hâtivement une dégénérescence spéciale, à mourir sur place ou à se résorber.

Division. — Nombreuses sont les apparences objectives sous lesquelles se présentent les syphilides gommeuses. Il était naturel, en conséquence, de s'efforcer à distinguer des types, parmi ces variétés morbides, à reconnaître des formes et à les décrire séparément.

C'est ce qu'on a fait de longue date, et, sur ce point, nous n'avons pas à rompre avec la tradition.

Or, quand on considère d'ensemble les gommes cutanées, on ne tarde pas à saisir un caractère important qui suffit à première vue pour distinguer certaines d'entre elles de certaines autres.

Les unes, en effet (ce sont les plus nombreuses), après s'être présentées sous forme de tumeurs solides, s'ulcèrent et aboutissent à former à la surface de la peau des plaies d'un certain caractère.

Les autres, au contraire, au lieu d'aboutir à l'ulcération, restent à l'état de tumeurs solides, et disparaissent (le plus souvent au moins) sans s'être jamais ouvertes.

Aux premières, naturellement, on a donné le nom de *syphilides gommeuses de forme ulcérative*; les secondes, par opposition, ont été dites *syphilides gommeuses sèches, résolutives* ou mieux *atrophiques*.

Quelques mots d'abord sur ces dernières qui, bien moins importantes que les gommes ulcéreuses, ne nous occuperont que d'une façon secondaire.

1° *Syphilides gommeuses sèches.*

Ce qui caractérise les syphilides de cette forme, c'est d'être constituées par des nodosités solides intra-cutanées, qui se terminent par atrophie interstitielle du derme avec cicatrice tégumentaire, et cela sans présenter jamais d'ulcération.

Cliniquement elles consistent en ceci :

Ce sont de petites tumeurs enchâssées dans la peau, solides, fermes, consistantes. Elles font une saillie nettement appréciable à la surface du derme; saillie arrondie, globuleuse, sphéroïdale, quelquefois aplatie. Le volume de ces tumeurs est variable; en moyenne elles sont comparables à un petit pois, mais elles peuvent être ou plus petites ou plus grandes. Plus petites, elles ont le volume d'un grain de millet, d'une tête d'épingle ou d'une lentille. Plus grosses, elles peuvent atteindre le volume d'une groseille ou d'une petite noisette. La surface de la saillie qu'elles constituent est rouge, et d'un rouge assez accentué pour trancher nettement sur le ton des téguments ambiants; comme nuance, cette coloration varie du rouge cuivré au rouge sombre. Cette surface est, de plus, lisse, tendre et comme vernie.

D'après cet ensemble de caractères, ces petites nodosités ressemblent assez bien à ce qu'on appelle des papules; selon l'expression de M. Hardy, « ce ne sont que des syphilides papuleuses exagérées. » Elles s'en distinguent, toutefois, en ce qu'elles sont plus volumineuses d'abord, plus globuleuses, plus arrondies, moins étalées de base, et enfin plus fermes, plus consistantes.

Ainsi constituées, ces nodosités intradermiques restent très-longtemps ce qu'elles sont, sans déterminer d'autres phénomènes, ne s'accompagnant ni de douleurs, ni de cuisson, ni de prurit, ni du moindre trouble local.

Elles persistent de la sorte plusieurs mois au minimum, quelquefois un an et plus. M. Bassereau a cité un cas où une lésion de ce genre durait depuis plus de dix ans. Puis, à un moment donné et d'échéance très-variable, ces nodosités diminuent de volume, s'affaissent progressivement, et finalement disparaissent. Mais, en disparaissant, elles laissent une trace de leur passage; elles laissent, à leur niveau, une dépression, une véritable *cicatrice;* cicatrice d'abord rouge, maculeuse, pigmentée, puis finissant par devenir d'un blanc qui contraste de ton avec les parties voisines; cicatrice durable, permanente ; et enfin cicatrice d'autant plus extraordinaire qu'elle se produit à la surface d'une lésion *sèche*, d'une lésion qui n'a pas, en apparence au moins, entamé les tissus.

On dit alors que l'éruption s'est terminée par résolution, qu'elle est « *résolutive.* » Mieux vaudrait dire qu'elle se termine *par atrophie.* La cicatrice cutanée démontre, en effet, qu'il s'est produit ici une véritable perte de substance du derme ; cette cicatrice atteste une résorption interstitielle, une atrophie réelle du derme.

Comme *localisation éruptive*, la syphilide gommeuse sèche se présente sous deux aspects différents :

1° Tantôt les lésions sont éparpillées. On en trouve çà et là sur différents points du corps, et l'éruption peut alors être comparée à celle d'une syphilide papuleuse de forme discrète. Cette variété prend le nom de *syphilide gommeuse sèche disséminée.*

On remarque que, dans cette forme, les nodosités cutanées sont en général volumineuses, saillantes, dures, bien arrondies ;

2° Tantôt, au contraire, les éléments éruptifs sont concentrés sur quelques points; ou même rassemblés les uns à côté des autres sur une surface limitée; cette seconde variété est dite *syphilide gommeuse en groupe.*

Inversement à ce que nous avons signalé pour la forme disséminée, les nodosités qui composent ici les groupes éruptifs sont en général assez petites relativement.

Ces nodosités peuvent être disposées sans ordre, irrégulièrement. Ce n'est pas là le cas le plus fréquent. Le plus souvent, au contraire, elles sont groupées suivant le mode circiné, et cela de différentes façons : 1° soit en cercles pleins; 2° soit en anneaux, en couronne, c'est-à-dire en cercles à centre sain; 3° soit en demi-cercles, en fer à cheval, ou bien encore en forme de grappe de raisin, suivant la comparaison d'Alibert (*syphilis pustulans racemiformis*) ; 4° soit enfin en cercles ou segments de cercles concentriques. Dans ce cas les nodosités de chacun des groupes sont d'autant plus anciennes qu'elles sont plus centrales, d'autant plus récentes qu'elles sont plus périphériques. Aussi trouve-t-on dans le groupe ainsi constitué des nodules gommeux à tous les dégrés d'évolution, les uns vers le centre à l'état de cicatrices, les autres vers la périphérie à l'état de développement récent.

Comme siége, ces groupes de la syphilide gommeuse sèche affectent certains points de prédilection. En première ligne, c'est à la face qu'on les rencontre le plus souvent, et cela avec une supériorité de fréquence très-remarquable. Là elles y occupent de préférence les ailes du nez, le front vers la racine du cuir chevelu, les lèvres vers leurs commissures et la région sourcilière. Elles sont encore très-fréquentes au cuir chevelu, sur les oreilles, dans la barbe. On les rencontre encore, par ordre de fréquence, sur le dos (surtout dans la région de l'omoplate), à la région deltoïdienne, à la face postérieure des avant-bras, aux membres inférieurs, au cou, à la face dorsale de la main.

Cette première forme de la syphilide gommeuse se produit, en général, à une période peu avancée de la diathèse. Elle constitue donc un accident de transition plutôt qu'un accident tertiaire.

Comme pronostic, elle ne comporte pas de danger sérieux, puisque sa tendance spontanée ne la conduit pas à l'ulcération. Toutefois, il faut prendre en considération : 1° que cette syphilide sèche peut persister un temps très-long, je dirais presque qu'elle peut s'éterniser; 2° qu'après être restée sèche un temps plus ou moins long, elle peut s'ulcérer, auquel cas elle comporte les dangers de la seconde variété des syphilides gommeuses; 3° que dans certains cas, enfin, cas très-rares, il est vrai, on l'a vue se généraliser et hypertrophier considérablement les parties, au point de créer plus qu'une déformation locale, un véritable *éléphantiasis.*

C'est ainsi que dans un cas rapporté par M. Cazenave, une syphilide de cet ordre abandonnée à son évolution propre pendant 7 ans, avait fini par envahir la presque totalité du corps. Elle avait tellement hypertrophié les parties, qu'on pouvait les confondre avec un éléphantiasis des Grecs. « La figure notamment, était « tellement tuméfiée qu'elle était méconnaissable et avait l'aspect de la face d'un « lion; les joues étaient fortement saillantes; le nez était profondément caché dans « un sillon, que lui laissent entre elles les joues; la lèvre était épaissie et allongée; « les paupières, tuméfiées comme dans certains érysipèles, ne permettaient qu'à « peine aux yeux de s'entr'ouvrir; les sourcils étaient fortement hypertrophiés; le

« front était couvert d'énormes plaques tuberculeuses, les oreilles déformées présen-
« taient trois fois leur volume, etc. » Toute la surface du corps était couverte d'une éruption tuberculeuse semblable. Eh bien ! en dépit de ces symptômes si graves, le traitement spécifique eut un plein succès, et le malade sortit guéri de l'hôpital après huit mois de traitement.

2° *Syphilides gommeuses ulcératives.*

Cette forme est une syphilide tertiaire par excellence. Elle apparaît rarement dans les deux ou trois premières années de la diathèse, et elle n'y apparaît à ce terme que dans les cas de syphilis grave ou galopante. C'est très-généralement une lésion *tardive*. Au-delà des premières années qui succèdent au chancre, on peut la rencontrer à tous les âges de la diathèse. On l'a vue survenir après 5, 6, 10 ans ; il n'est pas rare de la constater à une époque plus reculée, comme 10 et 20 ans ; on l'a vue se manifester, en quelques cas, après 25, 30 et 40 ans d'infection.

La syphilide gommeuse ulcérative ne diffère pas, à son début, des syphilides gommeuses sèches. Comme elles, elle consiste tout d'abord en des nodosités intra-cutanées, solides, fermes, arrondies, globuleuses, d'un volume variable entre celui d'une tête d'épingle et celui d'une petite noisette ; nodosités rouges à leur surface, luisantes, tendues.

Comme les syphilides gommeuses sèches, elles affectent certains points de prédilection, et ces points sont à peu près ceux que nous avons signalés à propos de la forme précédente, à savoir par ordre de fréquence : 1° le visage, et principalement les ailes du nez, les lèvres, le front, le pavillon de l'oreille ; 2° le dos, surtout vers la région scapulaire ; 3° les membres inférieurs, etc.

Comme les syphilides de forme sèche, elles peuvent être ou disséminées ou groupées ; mais elles sont bien plus souvent groupées que disséminées. Elles constituent le plus habituellement une éruption circonscrite sur une région où s'étalent les éléments éruptifs au voisinage les uns des autres.

Enfin, dernier trait de ressemblance, les groupes que les éléments éruptifs constituent de la sorte, affectent une tendance particulière à la configuration circinée. Cette configuration est même sinon constante, au moins très-habituelle.

D'après ces analogies, il semblerait que la syphilide gommeuse ulcérative n'est que la continuation et comme une étape ultérieure de la syphilide gommeuse sèche. Cette façon de voir trouve même sa confirmation dans ce fait que la syphilide gommeuse sèche, après être longtemps restée sèche, aboutit quelquefois plus tardivement à la forme ulcéreuse.

Quoi qu'il en soit, la syphilide ulcéreuse, après avoir affecté à ses débuts une analogie marquée avec la syphilide gommeuse sèche, en diffère bientôt complétement par des symptômes ultérieurs.

Quels sont donc ces phénomènes ultérieurs? Exactement ceux que je vous décrivais dans notre dernière conférence à propos des gommes sous-cutanées et qui se résument en ceci : « *tumeur solide se ramollissant, s'ouvrant et aboutissant à un ulcère cutané.* »

Mais venons aux détails.

La nodosité cutanée, après un certain temps, devient moins dure ; elle se ramollit. Les téguments s'amincissent à son sommet, on sent et l'on voit même quelquefois, par transparence, qu'un foyer purulent s'est constitué à son intérieur, puis, se forme au sommet de la tumeur une crevasse, qui s'ulcère. Le foyer se vide alors en

éliminant un liquide jaunâtre, purulent, mêlé à des détritus organiques, sorte de bourbillon gommeux en miniature. Consécutivement cette perforation s'élargit, ses bords se détruisent, et finalement un ulcère est constitué sur l'emplacement de l'ancienne tumeur.

Cette ulcération ne se limite presque jamais aux proportions de la nodosité initiale; une destruction ulcéreuse de ses bords en recule régulièrement les limites et donne à sa surface une étendue de plus en plus considérable.

Au début, je suppose, l'ulcération avait l'étendue d'une petite lentille ; progressivement elle prend le diamètre d'une pièce de 25 cent., de 50 cent., et même de 1 ou de 2 fr., quelquefois même elle s'étend davantage, comme nous le verrons plus tard. Prenons la lésion à ce moment, alors qu'elle a acquis les proportions, sous lesquelles nous la rencontrons le plus souvent et voyons quels en sont les caractères. D'une part une croûte, d'autre part une ulcération constituent la syphilide gommeuse arrivée à cette période.

La *croûte* est d'une teinte jaune verdâtre, ou vert brun foncé ; quelquefois elle est brune et même presque noire, probablement parce qu'un peu de sang s'est associé aux éléments concrétés qui la constituent. Comme consistance, c'est une croûte compacte, très-distincte conséquemment de la croûte granuleuse et comme soufflée de l'impetigo. Comme aspect, elle est inégale et semble formée d'étages successifs; elle est comme amoncelée, *rocailleuse;* sa forme, d'ailleurs variable, est le plus habituellement irrégulièrement convexe ; son épaisseur, non moins variable, mesure en général plusieurs millimètres (2, 3, 4^{mm}) ; mais elle peut être beaucoup plus considérable, atteindre un centimètre, et, tout à fait exceptionnellement, 2 centimètres. Enfin cette croûte, au lieu d'être simplement déposée à la surface des téguments, comme c'est la règle la plus générale, est, le plus souvent, *enchâssée* dans les bords de l'ulcération, à la façon d'un verre de montre dans le cadre qui le soutient.

L'*ulcération* présente les caractères suivants :

1° Elle a pour premier caractère d'être *profonde.* Il se peut bien qu'en quelques circonstances elle ne soit que superficielle et n'entame que le tiers ou la moitié de l'épaisseur du derme ; mais cela est l'exception. En général, elle est profonde, très-profonde, et attaque le derme dans toute son épaisseur. Quelquefois d'ailleurs, il faut le dire, elle paraît plus profonde encore qu'elle ne l'est en réalité, grâce au soulèvement de ses bords ; c'est ainsi qu'une ulcération qui semble mesurer 3, 4, 5, 8 millimètres et plus de profondeur, n'affecte souvent que la peau, sans intéresser les tissus voisins.

2° Cette ulcération est *nettement entaillée.* Les bords sont, le plus souvent, saillants et durs ; ce qui est probablement dû à ce qu'ils sont infiltrés eux-mêmes de produits gommeux en voie de formation. Ils sont, de plus, nettement taillés, coupés à pic et comme faits à l'*emporte-pièce.* Ces bords enfin sont entourés d'une aréole d'un rouge sombre.

3° Elle a un fond de mauvais aspect, de mine mauvaise, si je puis ainsi parler. Ce fond, en effet, est grisâtre ou gris-jaunâtre ; il est lardacé, bourbillonneux par place, comme revêtu de productions, escharifiées, de détritus organiques.

4° Enfin, cette ulcération suppure abondamment, quand elle est découverte. Son pus est jaunâtre, mal lié ; il devient rapidement fétide sur les linges ; quelquefois même, il est sanieux et ichoreux.

Croûte et ulcération, c'est là l'élément morbide, mais ce n'est là que l'élément morbide; envisageons actuellement la maladie.

Il est assez rare que la maladie ne se manifeste que par une seule des lésions que nous venons de décrire; cela se voit cependant. C'est ainsi que je soignais dernièrement deux malades qui ne présentaient pour tout phénomène l'un qu'une lésion de cet ordre située sur la cuisse, l'autre qu'une lésion analogue sur la lèvre buccale inférieure.

Le plus habituellement, les lésions sont multiples, groupées sur une région donnée. On en trouve ainsi 3, 5, 10, 15, réunies les unes à côté des autres sur une étendue variable de téguments, et disposées suivant tel ou tel mode de la configuration circinée, en demi-cercle, en fer à cheval, en croissant, etc.

La surface occupée par ces groupes éruptifs est variable comme étendue; le plus souvent elle ne dépasse pas 10 à 20 centimètres carrés; mais elle peut être beaucoup plus considérable. On a vu toute la partie supérieure du dos, d'une omoplate à l'autre, couverte par une éruption très-confluente de ces lésions.

Et de quels phénomènes locaux s'accompagne cette éruption?

En général, cette éruption est indolente, étrangement indolente, oserais-je dire, eu égard au nombre et à la profondeur des ulcérations. Elle ne donne lieu à aucune souffrance, à aucun trouble fonctionnel. Et quand, par hasard, elle devient douloureuse, quand elle s'accompagne de quelques phénomènes pénibles, de quelques troubles sécrétionnels, cela ne tient guère qu'à des causes surajoutées, qui lui sont absolument étrangères, à des causes d'excitation locale ou générale, telles que les suivantes : froissement par les vêtements, défaut de propreté, arrachement des croûtes, excès alcooliques, fatigues, excès, veilles, quelquefois aussi, dit-on, influences atmosphériques, tel que le froid et les variations de température (Bassereau).

Cependant, lorsque ces ulcérations sont étendues, lorsqu'elles siégent aux membres inférieurs, elles déterminent parfois de la cuisson, des démangeaisons, une tension continue, des douleurs même assez vives, en certains cas, pour retenir le malade au lit et interrompre le sommeil.

Le plus souvent, ces lésions se produisent en laissant indifférente la région sur laquelle elles se développent. Autour d'elles, nulle tuméfaction, nulle modification dans les tissus ambiants. En quelques circonstances, cependant, elles déterminent autour d'elles de véritables modifications de structure dans la région qu'elles occupent; elles déterminent surtout ce qu'on pourrait appeler des *hypertrophies* d'organes. Dans l'intervalle des ulcérations, la peau se tuméfie, s'infiltre, s'indure, se mamelonne par places et rougit, de façon à rappeler l'aspect du lupus.

Sur la lèvre, par exemple, ces lésions produisent parfois un gonflement dur de cette lèvre qui se tuméfie, s'hypertrophie jusqu'à devenir double ou triple de ce qu'elle est normalement.

Sur la vulve, elle détermine un gonflement plus ou moins considérable des grandes lèvres.

C'est sur l'oreille surtout qu'elles déterminent des déformations étonnantes. Lorsque le pavillon de l'oreille vient à être atteint de la sorte, d'abord il devient turgide, résistant, puis il s'épaissit, se gonfle démesurément, et, pour obéir à cette tuméfaction progressive, déroule ses ondulations régulières, s'aplatit, ou se contourne de la façon la plus bizarre. J'avais dans mes salles, ces dernières années deux malades affectées de syphilides gommeuses confluentes de l'oreille. De

ces malades, l'une avait l'oreille demesurément hypertrophiée, doublée de volume et d'étendue, *gigantesque*, mais conservant néanmoins dans des proportions énormes l'aspect et la physionomie d'une oreille normale. Sur la seconde, le pavillon s'était déroulé, et aplati complétement; ce n'était plus une oreille, c'était un lambeau de chair informe, plat, semblable à une saucisse.

Les conséquences de telles lésions, vous avez compris à l'avance, Messieurs, ce qu'elles doivent être. Ce sont des pertes de substance, des entamures sur la région affectée, des mutilations d'organes.

Lorsque la lésion a résidé sur une région plane , ce qui lui succède se borne à une excavation creusée dans la peau, à une entamure plus ou moins profonde. Mais lorsqu'elle a affecté des parties isolées, minces, plates, elle peut détruire en masse ces parties, les détruire complétement sur une certaine étendue, et déterminer là des perforations, des crénelures, des mutilations qui changent absolument la forme et l'aspect de la région. C'est ainsi, par exemple, qu'on voit parfois la syphilide gommeuse entailler les bords du pavillon de l'oreille et y laisser des crénelures irrégulières, plus ou moins profondes ; ou bien encore enlever une portion des lèvres de la vulve, du prépuce ou du gland. Mais c'est surtout au nez que ces mutilations et ces déformations sont le plus fréquentes. Rien de plus commun que de voir les syphilides gommeuses enlever un fragment de l'aile du nez, toute l'aile du nez, la sous-cloison. La narine reste alors considérablement élargie et béante ; inversement (mais cela est bien plus rare) elle peut se rétrécir, s'altérer plus tard, par le fait d'une cicatrisation vicieuse. En tout cas, le nez est complétement déformé, vous le concevez du reste, à la suite de telle lésion ; nous verrons plus tard qu'il peut être absolument détruit.

Marche. — Constituée de la sorte, l'affection subsiste avec cet ensemble de caractères pendant un temps plus ou moins long, et très-généralement (à moins que l'art n'intervienne) pendant un temps fort long. Et, de deux choses l'une alors : ou bien elle reste à peu près stationnaire, ne s'étendant que d'une façon extrêmement lente; ou bien elle persiste en s'étendant, en progressant, et en progressant soit par extension excentrique des ulcérations, soit par production, au voisinage des anciennes lésions, de lésions nouvelles qui suivent les mêmes phases pour aboutir aux mêmes résultats.

Il est très-rare que spontanément elle se répare. Mais, si l'art intervient, alors les choses changent rapidement de face, au moins dans la plupart des cas. Un travail de réparation s'annonce et se produit. Les croûtes, si elles n'ont pas été détachées par les pansements, deviennent plus sèches, se contractent, se racornissent, finissent par tomber ; puis il se produit ce qui se produit sur toute plaie qui se répare ; un travail de cicatrice s'annonce sur divers points, progresse et se complète. L'aréole diminue, devient moins sombre; les bords de l'ulcère s'affaissent, le fond se déterge, devient moins gris, s'élève, prend l'aspect d'une plaie simple et bourgeonne.

La cicatrice jeune est d'abord brune, rouge, maculeuse; peu à peu elle devient moins foncée, blanche et finit par prendre une teinte d'un blanc mat. Mais ce qui est surtout à remarquer, c'est que cette cicatrice, d'une part, est permanente, durable et ineffaçable ; c'est que d'autre part elle est toujours déprimée, et déprimée proportionnellement à la profondeur de la lésion ; souvent aussi elle est irrégulière, gaufrée et parcourue par des brides inodulaires.

La forme arrondie de ces cicatrices, leur mode de groupement, leur état déprimé sont autant de caractères qui peuvent être utilisés par le diagnostic dans la recherche des antécédents spécifiques.

Telle est le syphilide gommeuse ulcérative. Mais je ne vous aurais donné qu'une idée bien incomplète de cet ordre de lésion, si je n'ajoutais à la description qui précède quelques considérations relatives soit aux caractères dominants de la maladie, soit surtout aux complications qui en accroissent considérablement le danger.

I. Quels sont les caractères dominants de la syphilide gommeuse ulcérative? On peut les rattacher aux trois suivants : insidiosité, tenacité, facilité et fréquence de recrudescences ou de récidives.

Insidiosité. Ce caractère est bien remarquable. Presque toujours la syphilide gommeuse ulcérative débute et progresse d'une façon sourde, bénigne d'apparence, indolente, et c'est là précisément ce qui en fait le danger.

Comme exemple, voyez la syphilide gommeuse des ailes du nez, cette forme si fréquente. Comment se produit-elle?

Au début, rien autre qu'une petite saillie pisiforme faisant un léger relief sur le nez, s'accompagnant d'une rougeur plus ou moins marquée, mais ne s'accompagnant d'aucune souffrance, le malade ne s'inquiète pas de si peu de chose ou ne s'en inquiète que par coquetterie ; mais cela, après tout, semble un petit dommage, cela, en tout cas, fait bien moins de fracas et provoque bien moins de douleur que ne le ferait le plus simple bouton, que ne ferait un furoncle par exemple ; bref, cela paraît n'être qu'une petite lésion « qui s'en va comme elle est venue », et les malades ne s'en préoccupent pas, parce qu'ils ne voient là rien de menaçant, rien qui puisse avoir une terminaison sérieuse.

Puis qu'arrive-t-il ? ces tubercules semblent rester stationnaires un certain temps, toujours indolents, toujours benins d'aspect. A un moment donné enfin, ils se ramollissent, s'ulcèrent, s'ulcèrent largement. En quelques jours c'en est fait de l'aile du nez, qui est percé, mutilé ; une tranchée profonde s'ouvre sur la narine, dont un fragment plus ou moins considérable est enlevé ; et voilà le nez ouvert, déformé, pour la vie, d'une façon irréparable. Tout cela se passe en quelques jours, et surtout tous ces délabrements s'opèrent d'une façon inopinée, imprévue, presque subite pour le malade, qui ne saurait, bien entendu, se rendre compte d'une telle évolution morbide.

C'est là, en effet, ce que racontent tous les malades imprévoyants qui, après coup, lorsque le mal est fait, viennent vous conter leur mésaventure : « J'avais « un petit bouton au nez ; mais ce n'était rien ; cela ne me faisait pas souffrir, « je ne m'en inquiétais pas. Puis voilà que tout à coup est venue une plaie et cette « plaie m'a rongé le nez en quelques jours. » Mauvaise observation, mais bien excusable de la part d'un malade. Ce n'est pas en quelques jours, à vrai dire, que cette plaie a rongé le nez. La destruction était préparée de longue date ; de longue date le nez était miné, si je puis dire ainsi. Seulement il était miné d'une façon sourde, latente, qui a échappé au malade. Eh bien, cette façon sourde, latente, de procéder est celle qu'affecte le plus habituellement la syphilide gommeuse. Et il faut que le médecin soit bien prévenu de cela pour dépister, sous ces apparences innocentes, bénignes, le danger qui menace, et pour le conjurer.

2° *Tenacité.* — Second caractère non moins essentiel à relever. Quand une fois une syphilide gommeuse ulcérative s'est ètablie sur un point, elle s'y est établie pour longtemps ; elle y tient ferme ; elle y est singulièrement tenace. Si le traitement n'intervient pas, elle y persiste longtemps, très-longtemps, non pas seulement plusieurs mois, mais plusieurs années. Et souvent elle ne fait, pendant ce temps, que progresser plus ou moins, soit par extension des lésions premières, soit conjointement et surtout par production de nouvelles lésions au voisinage des premières.

Combien de temps pourrait durer cette lésion ? Cela, nous ne le savons guère, car il est bien peu de malades qui consentent à endurer de pareilles lésions et à les traiter par l'expectation pure. Mais ce que nous savons, c'est qu'on a vu de ces lésions qui dataient de 6 ans, de 10 ans même, et qui, sans doute, auraient encore duré bien au-delà, si l'art n'était pas intervenu.

3° *Facilité de recrudescences et de récidives.* La syphilide est une lésion essentiellement sujette à recrudescences et récidives.

Pour les recrudescences d'abord, rien n'est commun comme de voir le mal, à peu près guéri, prendre tout à coup un nouvel élan. La cicatrice est presque faite, on croit tenir la guérison, quand le travail ulcéreux reprend de plus belle; de nouveau la plaie se creuse et s'étend, Moins communes, mais cependant encore très-fréquentes, les récidives se produisent des deux façons que voici :

Ou bien une syphilide gommeuse s'est produite en un point et s'est cicatrisée, puis sur une autre région, des lésions semblables se manifestent â échéances plus ou moins rapprochées. Quelquefois même ces retours se font d'une façon presque subintrante, on en a à peine fini avec une syphilide d'une région qu'une autre semblable surgit sur un autre point.

Ou bien la récidive se fait *in situ.* Cela est très-commun et j'appelle vivement votre attention sur ce point. Ce qui se produit alors est une véritable ulcération de cicatrice. Sur un ou plusieurs points la cicatrice s'ouvre, s'érode, s'ulcère et se convertit en une plaie extensive, qui reproduit à bref délai tout ou partie de la lésion première.

Exemple : — Voici une malade qui est entrée dans nos salles, il y a quelques mois, avec des syphilides gommeuses de la peau siégeant à la région sterno-claviculaire ; soumise au traitement ordinaire, la malade a parfaitement guéri et est sortie de nos salles en parfait état. Quelques mois plus tard, elle est rentrée à Lourcine pour des lésions semblables, occupant exactement le siége des première. Ces lésions ont résulté simplement d'une ulcération de la cicatrice. La comparaison de ces deux moulages (n°s 171 et 186 du musée de Lourcine) vous permet de juger de l'identité absolue des lésions de la première et de la seconde poussée.

Complications. Ce sont surtout les complications qui donnent aux lésions dont nous nous occupons actuellement une importance considérable et une gravité parfois extraordinaire. Ces complications doivent donc nous arrêter spécialement. Elles sont assez variées. Les plus fréquentes et les principales comme importance sont l'inflammation, l'érysipèle, la gangrène, le phagédénisme.

1° *Inflammation.* Elle ne complique les syphilides gommeuses que dans un nombre de cas assez restreint, quelquefois cependant l'inflammation s'en empare et presque toujours elle y est appelée par telle des ou tel causes d'excitation suivantes:

1° Ou bien ce sont des causes locales: — défaut de soins et d'hygiène ; absence de pansements ; pansements excitants et mal faits; — cautérisations répétées, insuffisantes, irritantes ; — fatigue locale, travail local de la région où réside l'ulcère. Cette dernière considération étiologique nous explique comment les ulcères gommeux du membre inférieur sont exposés plus que d'autres aux accidents inflammatoires ;

2° Ou bien ce sont des causes qui agissent sur l'ensemble de l'économie : — veilles, fatigues, excès ; — et surtout alcoolisme.

Développée sous l'une ou l'autre de ces causes, l'inflammation qui vient compliquer les syphilides gommeuses communique à ces lésions un aspect particulier, qui est le suivant : turgescence générale de la région qui supporte l'ulcère ; aréole accrue, très-étendue comme surface ; — empâtement périphérique avec œdème s'étendant plus ou moins loin en dehors de la circonférence des surfaces ulcérées; — sensibilité anormale de l'ulcère et des parties voisines, et même douleurs vives ; — élancements, tension, endolorissement local, avec irradiation névralgiforme dans la continuité des membres ; — troubles fonctionnels adéquats à l'intensité de l'inflammation. Si, par exemple, l'ulcère réside sur les membres inférieurs la marche et la station même sont devenues pénibles, exaspèrent la douleur; nécessité du repos; et surtout la physionomie de l'ulcère est modifiée : ulcère turgide, violacé, vineux, sécrétant en abondance non pas du pus jaunâtre ou vert, mais une sanie diffluente et séreuse, un véritable ichor sanguinolent, très-fétide, chargée de détritus organiques et de lambeaux gangréniformes. A l'ensemble de ces symptômes, impossible de méconnaître qu'un élément étranger s'est ajouté à la lésion, et cet élément nouveau, c'est l'inflammation.

2° *Erysipèle.* Complication rare, dont on a beaucoup parlé cependant et sur le compte duquel il importe d'être bien fixé.

Pour commencer par ce qu'il y a de plus important et aussi de plus singulier dans l'étude de cette complication des syphilides gommeuses, je dirai d'abord qu'elle n'est pas toujours une complication ; qu'elle en est parfois un incident heureux, un incident salutaire.

Ainsi, il est certain (et cela est connu de bien vieille date), que parfois l'érysipèle passant sur une région affectée de syphilides gommeuses ulcérées modifie très-heureusement ces lésions, en change le caractère et en précipite la cicatrisation. L'érysipèle, comme on l'a dit, *balaye* parfois les ulcères syphilitiques et en provoque une guérison aussi rapide qu'inattendue.

Et chose plus singulière encore, cette action salutaire de l'érysipèle paraît s'exercer d'autant mieux sur les ulcères syphilitiques que ces ulcères sont plus étendus, plus rebelles, plus entachés de la tendance extensive ou phagédénique. C'est sur les ulcères phagédéniques plus spécialement que cette influence résolutive et curative a été surtout signalée. Peut-être cependant dois-je ajouter, comme restriction, qu'elle a été plus spécialement remarquée en pareil cas par cela seul qu'elle était plus extraordinaire.

Toujours reste-il bien établi que cette action bizarre de l'érysipèle sur les ulcères syphilitiques se produit en certains cas et que, de la sorte, la complication érysipélateuse devient pour les patients un bénéfice de nature. La complication se transforme ici en un incident heureux, et ce n'est pas sans raison qu'on qualifie cet érysipèle curatif du nom d'érysipèle *salutaire.*

Mais cela bien posé, bien reconnu, il ne faut pas exagérer les choses. A entendre certains médecins, l'érysipèle serait toujours salutaire dans les cas de syphilis ulcéreuse ou phagédénique ; ce serait toujours un mode de résolution de curation pour ces accidents. Cette vue est fausse et c'est contre elle qu'il est de mon devoir de vous prémunir.

Non, l'érysipèle n'est pas toujours salutaire ; non, il ne guérit pas toujours, tant s'en faut. Et la preuve, la voici :

C'est que d'abord, au lieu d'être salutaire, cet érysipèle intercurrent *tue* quelquefois ; la démonstration ici n'est que trop péremptoire. De cela témoignent plusieurs cas connus dans la science, cas dont je pourrais accroître le nombre par nos observations personnelles, si cela n'était superflu.

Mais, sans parler même de ces cas mortels, il n'est pas rare aussi, que l'érysipèle passant sur une syphilide ulcéreuse, la laisse ce qu'elle est ou ne la modifie que passagèrement, transitoirement sans la guérir.

Il ne manquerait même pas d'observations pour démontrer qu'il aggrave quelquefois la situation des malades.

Exemple entre autres, un cas que M. Verneuil m'a fait l'honneur de me montrer, cette année même, dans son service. Un malade était affecté de syphilides ulcéreuses de la tempe de forme rupiale et de tendance extensive. Survint un érysipèle ; à la suite de cet érysipèle, tout aussitôt après, il se produisit sur les deux paupières supérieures des lésions identiques, comme forme, à la lésion de la tempe, très-étendues et de pronostic assez menaçant en raison de la finesse, de la délicatesse du tissu sur lequel elles reposaient. M. Verneuil porta sur ces lésions le diagnostic de syphilides ulcéreuses, et ce diagnostic, certes, n'avait nul besoin d'être confirmé par moi.

M. Dubuc a cité de même dans son excellente thèse inaugurale sur les syphilides malignes précoces, le cas d'un malade chez lequel un érysipèle erratique « réveilla la diathèse momentanément assoupie et excita une poussée nouvelle de « syphilides tuberculo-ulcéreuses sur les points primitivement affectés. »

Conclusion : L'érysipèle, dans un certain nombre de cas, constitue pour les syphilides ulcéreuses un incident salutaire, il n'en est pas moins, en d'autres circonstances, une complication véritable et quelquefois même une complication des plus graves.

3° *Gangrène.* Les accidents gangréneux des syphilides, se présentent sous deux formes :

1° Dans l'une, ce sont des accidents gangréneux, analogues à ceux qui se produisent sur toutes les plaies à propos d'excitations diverses, et notamment à la suite de l'inflammation.

Ils ne diffèrent pas là, dans ce cas, de ce qu'ils sont ailleurs, et leur syptomatologie se borne à ceci : Indépendamment de modifications imprimées à l'ulcère par l'inflammation, le fond de cet ulcère se recouvre sur une étendue variable, sur une étendue limitée en général, de points escharifiés, brunâtres ou gris-verdâtres ; le liquide qu'il sécrète, prend une fétidité particulière et mérite bien d'être appelé *ichor.*

Ces gangrènes se produisent à toutes les périodes de l'ulcère gommeux ; elles sont donc essentiellement *consécutives* par rapport à l'origine de la gomme. Elles sont surtout consécutives relativement à celles dont il me reste à vous parler en second lieu.

2° Une seconde variété de gangrènes est celle qu'on peut appeler, par opposition avec la précédente, gangrènes d'emblée, gangrènes initiales.

Celles-ci se produisent au début même ou dans les premiers temps de la prolifération gommeuse. Lorsque le noyau gommeux est constitué, avant même qu'il ne s'ulcère, sa surface se transforme en une véritable eschare noire et sèche, laquelle consécutivement se conduit à la façon des eschares et s'élimine, en laissant un ulcère cutané. C'est là, cette variété de lésions, qui, bien décrite par MM. Bazin et Dubuc, a reçu d'eux le nom de syphilide tuberculo-gangréneuse. Je ne fais que vous la signaler à sa place aujourd'hui, me réservant de vous en parler en détail, dans une prochaine conférence, à propos des syphilides malignes précoces, dont elle constitue l'un des types les plus intéressants.

4° *Phagédénisme.* Les complications phagédéniques des gommes cutanées nous présentent ces lésions, sinon dans ce qu'elles ont de plus graves, du moins dans ce qu'elles ont de plus effrayant comme attributs extérieurs, de plus terrible et de plus hideux comme aspect.

Ces complications affectent l'une ou l'autre des deux formes que voici :

1° Tantôt la lésion étend ses ravages en surface seulement sans pénétrer en profondeur ; elle est dite alors *serpigineuse*.

2° Tantôt la lésion ravage à la fois en surface et en profondeur. Elle est dite, dans ce cas, *phagédénique* ; et comme les dégâts en profondeur sont toujours plus importants et plus graves que ceux qui se produisent en surface, cette variété du phagédénisme est souvent appelée *perforante* ou *térébrante*.

1° *Phagédénisme serpigineux.* — Voyons d'abord les complications phagédéniques serpigineuses. Celles-ci ne se produisent guère que dans un âge avancé de la diathèse, à un stade plus ou moins reculé de la période tertiaire. Ce sont, en général et sauf exceptions rares, des accidents de vieille syphilis.

Le phagédénisme serpigineux naît d'une ulcération gommeuse ou d'un groupe d'ulcérations gommeuses. De là, comme point de départ, il progresse sur les téguments périphériques dont il envahit de proche en proche une étendue plus ou moins considérable.

Or, comment progresse-t-il et par quel mode anatomique progresse-t-il ? De l'une ou de l'autre des deux façons que voici :

Tantôt c'est une ulcération qui s'étend tout simplement, qui s'élargit dans tel ou tel sens, qui s'accroît, et cela sans que les tissus du voisinage présentent des lésions appréciables avant d'être envahis par l'ulcère.

Tantôt, au contraire et plus rarement, le travail d'ulcération est précédé par des nodosités gommeuses, qui se produisent au préalable sur le terrain que doit envahir l'ulcère et dans la direction qu'il doit suivre. Ces lésions semblent préparer la voie, en éclaireurs, aux progrès du phagédénisme.

La direction suivie par le phagédénisme serpigineux se fait suivant trois modes.

1° Quelquefois il semble progresser au hasard, sans parti pris, sans direction caractéristique. C'est là le cas le plus rare.

2° Le plus habituellement il progresse par *bandes sinueuses serpentines*. Il forme ainsi des traînées ulcéreuses, qui décrivent presque toujours des courbes plus ou moins régulières, en arc de cercle, en segment de circonférence, en fer à cheval, etc.

3° D'autres fois, il procède par *rayonnement centrifuge*, c'est-à-dire rayonne autour d'un point pris comme centre.

Soit, par exemple, un groupe de syphilides destiné à subir suivant ce mode le phagédénisme serpigineux. Autour de ce groupe primitif se produisent de nouvelles nodosités gommeuses qui suivent leur évolution normale et s'ulcèrent. En dehors de cette seconde zône, de nouveaux tubercules se forment, puis s'ulcèrent à leur tour; puis une autre zône se produit en dehors de celle-ci, et ainsi de suite. De sorte que la lésion totale progresse à la façon d'une véritable *tranchée.* Il est rare que cette progression centrifuge se fasse sur toute l'étendue d'une circonférence ; de façon que, pour continuer cette comparaison géométrique, la surface envahie par le phagédénisme représente non pas un cercle complet, mais seulement un simple segment de cercle. D'autres fois, ce qui n'est pas très-fréquent, le phagédénisme serpigineux semble progresser au hasard sans parti pris, sans direction mathématique.

Ce qui n'est ni moins surprenant ni moins caractéristique dans cette évolution de la syphilide serpigineuse ce sont les caractères opposés de l'ulcération à ses extrémités opposées. Je m'explique. Pendant qu'elle progresse d'un côté, l'ulcération serpigineuse se répare d'un autre côté. A l'une de ses extrémités elle envahit, elle ulcère ; à l'autre, elle se cicatrise.

Lorsque le phagédénisme, par exemple, affecte la marche par bandes, par traînées ulcéreuses, on voit que l'un des bouts est constitué par une ulcération vive et en voie de progrès, tandis que l'autre est en voie plus ou moins avancée de cicatrisation. De même, lorsque le phagédénisme progresse par segments de cercle à marche centrifuge, on voit le centre de la lésion à l'état de cicatrice, la zône intermédiaire en voie de réparation, et la zône extérieure à l'état ou en voie d'ulcération.

La *marche* de cette syphilide est essentiellement lente et chronique, de plus souvent irrégulière et saccadée. Ainsi, il est assez commun que le phagédénisme, après avoir progressé pendant un certain temps, s'arrête, se limite, puis reprenne tout à coup, et sans cause appréciable, sa marche envahissante. Il n'est même pas rare qu'il fasse plus que se réparer, qu'il arrive presqu'à cicatrisation complète, puis que tout à coup il s'ulcère derechef, semblant ainsi n'avoir pris dans ce temps d'arrêt que des forces nouvelles pour continuer de plus belle ses progrès d'envahissement.

Ce n'est jamais qu'au prix de plusieurs mois, au minimum, de plusieurs années le plus souvent, qu'il accomplit sa course. Quant à l'étendue de la course qu'il peut fournir, elle est très-variable :

En quelques cas, la lésion se circonscrit à une région qu'elle laboure, telle que l'épaule, une partie de la face, l'oreille, la verge.

D'autres fois, elle devient déjà plus extensive ; c'est ainsi que je l'ai vue sur un de mes malades ronger tout le cuir chevelu et littéralement décalotter tout le crâne.

En certains cas, heureusement bien plus rares, elle peut devenir énorme.

Une ulcération phagédénique s'était étendue, sur une dame que je traitais en ville, dans l'espace de plusieurs années, sur toutes les régions antérieure, externe et postérieure de la cuisse, depuis le niveau du grand trochanter jusqu'au genou ; la cuisse dans toute sa hauteur et dans les deux tiers de sa circonférence n'était plus qu'une plaie. De même encore, j'ai vu deux fois le phagédénisme serpigineux, labourer toute l'étendue du dos, puis se réfléchir sur les parties latérales et antérieures du thorax.

Hâtons-nous de dire toutefois que cette syphilide serpigineuse est en général plus

effrayante que grave. Et pourquoi ? Parce qu'elle est superficielle. Elle n'affecte en général, qu'une partie du derme ; il est toutefois exceptionnel qu'elle l'affecte dans toute son épaisseur. Aussi, a-t-on pu dire avec raison, « que ce qu'elle perdait en profondeur, elle le gagnait en étendue. »

Conséquemment, ses cicatrices ne sont généralement pas profondes ni très-irrégulières; elles se font à fleur de peau et, après un certain temps, deviennent blanches et gauffrées.

2° *Phagédénisme proprement dit.* — (Phagédénisme térébrant, perforant). — Bien autrement grave et redoutable est le phagédénisme vrai, celui qui s'étend à la fois en surface et en profondeur.

Par un fâcheux privilége, c'est la face qu'affecte le plus souvent cette variété de phagédénisme, et des différentes régions qui composent la face c'est le nez qui devient sa proie la plus habituelle. C'est le nez, rappelez-vous bien cela, Messieurs, qui est le siége le plus habituel de ce phagédénisme.

Viennent ensuite, par ordre de fréquence, la joue, (surtout près de la tempe, audevant de l'oreille), les lèvres, l'oreille et le front ; puis le tronc, notamment sur la région dorsale, les membres et le pied. Je ne parle pas ici de la verge, me réservant de traiter en détail des syphilides génitales dans l'une de nos prochaines réunions.

Symptômes. — Les symptômes sont très-simples. — Début par des nodosités gommeuses, généralement assez grosses et cependant peu apparentes ; peu apparentes parce que, d'une part, profondément enchassées dans la peau, elles font d'autant moins de relief, et parce que d'autre part elles sont masquées par un gonflement hypertrophique de la peau. Il n'est même pas rare que la région affectée devienne, en ces conditions, le siége d'un gonflement notable de teinte rouge cuivrée, lequel dissimule à la vue les nodosités intra-cutanées.

C'est là, par exemple, ce qui se produit à la face et surtout au nez. Indépendamment des nodosités gommeuses disséminées çà et là, les téguments intermédiaires rougissent, durcissent, se boursoufflent, et toute la région est le siége d'une tuméfaction en masse au milieu de laquelle les nodosités deviennent naturellement moins apparentes. Dans ce cas, toute la région semble participer et participe en effet au travail morbide. Elle rappelle par sa turgescence, par sa couleur, par son aspect irrégulièrement mamelonné, l'aspect du lupus ; de là, le nom de *lupus syphilitique*, donné à cette variété d'apparence de la lésion.

Puis, les nodosités gommeuses suivent leur évolution spéciale, s'ulcèrent hâtivement, se couvrent de croûtes noires, brunes, ou d'un vert foncé et alors commence l'ulcération extensive, qui tantôt progresse sous la croûte, tantôt se fait à ciel ouvert. Cette ulcération s'accroît à la fois en surface et en profondeur ; elle s'accroît sans cesse, sans trêve ni merci. Aucun tissu ne lui oppose de barrière infranchissable. Toute la peau est déjà rongée, détruite; le tissu cellulaire adipeux est à son tour atteint, dévoré ; puis vient le tour des tissus ou des organes sous-jacents : quels qu'ils soient tous y passent, aponévroses, muscles, tendons, cartilages ; un os se trouve-t-il sur le chemin du phagédénisme, il est détruit et éliminé par un procédé des plus simples! Son périoste est rongé, ses vaisseaux sont détruits, dès lors, l'os n'a plus qu'à mourir et il meurt ; il n'est plus qu'un séquestre que la nature se charge d'éliminer, et l'ulcère poursuit au-delà sa marche envahissante.

Et que devient l'organisme, pendant qu'un des points du corps est ainsi dévoré

par l'ulcère phagédénique? Chose étonnante, souvent, le plus souvent même, l'organisme reste placide et n'est pas troublé. Le travail de destruction s'accomplit alors avec une sorte d'indifférence locale et générale de l'économie, à la façon de ces gangrènes des extrémités qui n'éveillent aucune réaction. Il est surprenant de voir de la sorte le phagédénisme creuser des régions, mutiler des organes avec un état de quiétude absolue de l'organisme. Peu ou pas de phénomènes réactionnels locaux; pas de réaction générale, voilà la règle, voilà du moins le fait habituel.

Quelquefois, il est vrai, les sympathies organiques s'éveillent : localement on constate un gonflement phlegmoneux, périphérique à la plaie, des douleurs plus ou moins vives, douleurs parfois intolérables, que de fortes doses d'opium ne suffisent pas toujours à alléger.

Des phénomènes généraux peuvent aussi se manifester; état fébrile avec exacerbation vespérine; inappétence et troubles digestifs; abattement, etc.

Finalement, quelles sont les conséquences de ce phagédénisme? Ces conséquences sont tout naturellement des pertes de substance plus ou moins profondes, des mutilations d'organes, des destructions quelquefois absolues.

S'agit-il d'une lèvre de la bouche, par exemple, le phagédénisme peut l'échancrer, en enlever une portion, la ronger même toute entière et laisser les dents à découvert.

S'agit-il de l'oreille, il peut la créneler, la perforer, détruire une partie plus ou moins étendue du pavillon.

S'agit-il du nez, il peut produire et ne produit que trop souvent ce que vous voyez sur cette malade, c'est-à-dire ronger les ailes du nez, le lobule, les cartilages, dénuder, mortifier les os et finalement détruire une portion du nez, détruire même le nez tout entier.

De même, on voit parfois le phagédénisme térébrant creuser sur les membres de vastes pertes de substance, mesurant 10, 15 centimètres d'étendue, sur 2, 3, 4 centimètres de profondeur.

J'ai vu sur un vieillard le talon littéralement rongé par un phagédénisme de cette nature. Cette pièce en cire vous montre encore l'exemple d'un pied horriblement mutilé par une syphilide phagédénique; trois orteils ont été complétement enlevés comme par le couteau d'un chirurgien.

Ce n'est pas tout. Le phagédénisme peut se présenter encore sous un aspect bien plus terrible et plus hideux. Il peut ronger une partie de la face. De cela voici un exemple :

J'ai assisté, il y quelques années, aux derniers moments d'un célèbre artiste, mort victime d'une vérole toujours négligée; ce malheureux était effrayant à voir, tant il était défiguré (lui si beau jadis) par un phagédénisme remontant à plusieurs années. D'abord il n'avait plus de nez; le nez avait été absolument et intégralement rongé. Il ne lui restait plus ensuite qu'un lambeau de lèvre supérieure. Au milieu de la face, il n'y avait plus de peau; tout n'était en ce point que ulcères ou cicatrices. De palais et de voile du palais il n'en était plus question, et le pharynx lui-même n'existait qu'à l'état de cicatrice. Os propres du nez, branche montante du maxillaire, vomer, cornets, ethmoïde, tout cela avait été emporté par le phagédénisme, si bien que le nez, la bouche et le pharynx ne formaient plus qu'un antre commun et béant. Objet d'épouvante pour tous ceux qui l'approchaient et de dégoût pour ceux même qui l'aimaient le plus, ce malade succomba lentement

dans le marasme. Il succomba sans grandes souffrances physiques, retenez ceci, Messieurs, au point de vue qui nous occupe actuellement; mais ai-je à dire quel horrible supplice moral le tortura pendant de longues années ?

Et ce n'est pas là encore le maximum d'horreur que puisse atteindre le phagédénisme. Ecoutez ceci :

Alibert raconte dans sa *Monographie des Dermatoses*, le cas d'un individu qui fut plus cruellement éprouvé encore par la syphilis.

Cet homme avait le corps criblé d'ulcères et ces ulcères « s'étaient agrandis à un « tel point qu'ils s'étaient tous réunis, en sorte qu'au lieu de tégument on voyait « sur l'*universalité du corps* une vaste croûte suppurante, exhalant une puanteur « horrible. »

De plus, la face « n'offrait également qu'un seul masque ulcéreux, au-dessous « duquel le pus se rassemblait pour s'échapper ensuite à travers les trous dont il « était criblé. » La moitié de la lèvre inférieure était tombée en gangrène et s'était détachée, de sorte que la salive s'écoulait de la bouche. Les voies lacrymales n'existaient plus et les larmes coulaient sur le visage. Les os unguis, l'apophyse montante du maxillaire, les os propres du nez étaient dépouillés et frappés de carie, etc. La diarrhée et les plus cruelles souffrances terminèrent cette épouvantable maladie.

Tel est, Messieurs ou tel peut être le phagédénisme térébrant.

Diagnostic. — Le diagnostic comprend ici deux questions de très-inégale importance.

1° *Distinguer l'une de l'autre les différentes formes de syphilis tertiaire.*

2° *Distinguer ces syphilides des lésions étrangères qui pourraient les simuler.*

1° Distinguer l'un de l'autre les différents types de syphilides tertiaires est chose facile ou chose très-difficile suivant l'époque de leur évolution à laquelle on les considère.

Si l'on met en parallèle ces lésions à leur début ou à une période peu avancée de leur évolution, alors rien de plus facile, rien de plus simple que de les distinguer les unes des autres. Les différences sautent aux yeux. Un seul coup d'œil suffit à cette époque pour reconnaître soit un echtyma, lésion pustuleuse à son origine, puis pustulo-croûteuse, soit une syphilide gommeuse, tumeur solide au début, formant un nodule plein, sec, destiné seulement à se ramollir plus tard et à s'ulcérer.

Mais inversement, si nous considérons les deux mêmes lésions à une époque avancée de leur évolution, alors que toutes deux ont abouti à constituer une ulcération recouverte d'une croûte, alors les difficultés et même les impossibilités diagnostiques apparaissent.

Parfois il sera encore possible dans l'âge adulte de ces lésions d'établir entre elles une différence, en se fondant sur quelques caractères tels que les suivants :

1° Bords de la syphilide gommeuse plus relevés, plus saillants et plus durs que ceux de l'echtyma ;

2° Forme de la lésion plus régulièrement circulaire pour l'echtyma ; plus habituellement composée de segments de cercle réunis pour la syphilide gommeuse ;

3° Croûte plus rocailleuse, plus irrégulière, moins compacte dans la syphilide gommeuse que dans l'echtyma.

La considération de siége peut encore apporter son contingent au diagnostic. Ainsi la syphilide gommeuse est extrêmement fréquente au nez; l'ecthyma au contraire y est relativement rare. D'autres fois on pourra être éclairé par des lésions plus jeunes écloses au voisinage de lésions anciennes, comme par l'existence d'ecthyma encore pustuleux, récemment développé autour d'ecthymas ulcéreux ou de nodules gommeux encore solides coïncidant avec des gommes ulcérées.

Mais notez que, de ces caractères, les plus essentiels, les plus distinctifs peuvent faire défaut et que les autres sont plutôt des nuances objectives que des éléments diagnostiques réels.

Aussi arrive-t-il fréquemment qu'en face d'une ulcération syphilitique, recouverte ou non d'une croûte, le praticien reste dans l'embarras que voici : Cette lésion est-elle un echtyma, cette lésion est-elle une syphilide gommeuse ulcérée? Impossible de le dire, impossible, par défaut absolu de signes différentiels.

C'est qu'en effet (et tel est précisément le point curieux, le point pratique où je voulais en venir), toutes les syphilides tertiaires, réserve faite pour une seule de leurs formes, aboutissent en dernière analyse à ceci : *ulcération* ; ulcération encroûtée ou à ciel ouvert, plus ou moins creuse, plus ou moins entaillée, etc., mais ulcération qui n'est en somme que ce qu'elle peut être, à savoir une entamure de téguments, mais qui, une fois produite, *ne conserve pas la marque de son origine première.* Que cette ulcération ait eu pour point de départ une pustule ou une infiltration gommeuse, peu importe à un certain moment ; ce n'est plus qu'une ulcération.

De là résulte qu'à une certaine époque les syphilides tertiaires ne peuvent plus, en nombre de cas, être diagnostiquées quant à leur origine, quant à leur modalité éruptive initiale.

Donc, en pareille occurrence, Messieurs, ne vous acharnez pas à vouloir trouver dans une ulcération de ce genre des caractères séméiologiques qu'elle ne ne possède pas à vouloir instituer quand même le diagnostic initiale de la lésion, pour rattacher cette lésion soit à un ecthyma, soit à une gomme. Ce diagnostic, en effet, est impossible, non pas seulement pour le novice, mais pour les gens les plus expérimentés. Dites seulement ce que vous voyez, ce que vous constatez, à savoir une *syphilide ulcéreuse.* Bornez-vous à ce diagnostic, le plus sage, le plus prudent, et le seul qui puisse être sûrement formulé.

Notez d'ailleurs que, dans l'espèce, le diagnostic précis de la variété morbide importe peu. Qu'une syphilide ulcéreuse, en effet, dérive d'un echtyma ou d'une gomme, les indications thérapeutiques générales ou locales ne varient pas pour cela; elles restent les mêmes, ou peu s'en faut. Le diagnostic de la maladie, de la diathèse, voilà l'essentiel, voilà le nécessaire ; le diagnostic de la modalité éruptive est presque affaire de luxe en beaucoup de cas.

2° Reconnaître la nature syphilitique de la lésion, tel est le second point, que nous avons à étudier, et celui-ci, comme je viens de vous le dire, est bien autrement essentiel que le précédent.

Or, la spécificité de la lésion est, dans la plupart des cas facile à reconnaître. On a comme élément de ce diagnostic la notion des antécédents, la coïncidence fréquente d'autres lésions manifestement syphilitiques, et enfin certains caractères propres à la lésion et assez nettement distinctifs tels que : couleur assez spéciale des croûtes (couleur d'un vert foncé ou d'un brun noirâtre) ;

Caractères de l'ulcération : forte et nette entaillure ; bords taillés à pic ; — quelquefois fond bourbillonneux ; — aréole d'un rouge sombre ; — et surtout forme circulaire de la lésion, ou bien groupement de lésions voisines, suivant tel ou tel mode de la configuration circinée, en cercle ou demi-cercle, en fer à cheval, en arceaux, etc...

Mais, si ce diagnostic est généralement facile, il peut se heurter aussi à des difficultés réelles, sérieuses, et même presque insurmontables. Or, c'est précisément de ces difficultés que je dois vous entretenir en quelques mots, non pas certes, dans l'espérance de résoudre tous les problèmes qui peuvent se présenter, mais en vue du moins de vous les signaler.

Au point de vue pratique, celui auquel je m'efforce toujours de ramener les questions que je discute devant vous, au point de vue pratique, dis-je, les difficultés avec lesquelles on peut se trouver aux prises dans le diagnostic qui nous occupe, sont de deux ordres : les unes sont des difficultés prévues, enregistrées, formulées à l'avance ; les autres sont des difficultés de surprise, imprévues. Et vous allez voir qu'il ne faut pas moins compter avec celles-ci qu'avec les autres.

I. Ce que j'appelle difficultés prévues consiste dans le diagnostic différentiel à établir entre les syphilides tertiaires et les lésions de même forme que peuvent déterminer à la peau des états morbides de nature différente. Il est bien certain, par exemple, qu'à propos d'un ecthyma, il s'impose au médecin d'établir la nature et l'espèce de cet ecthyma. Ce peut être là une difficulté, mais ce n'est là, en tout cas, qu'une difficulté prévue.

Or, il est dans l'espèce nombre de dermatoses qui se rapprochent des syphilides tertiaires par leurs caractères objectifs. C'est ainsi que la forme sèche de la syphilide tertiaire affecte quelques analogies avec telle ou telle des affections suivantes : acné indurata, folliculite, sycosis ; que la forme ulcéreuse peut être confondue avec des ulcérations diverses et surtout avec la scrofulide ulcéreuse ; que la forme phagédénique offre souvent des ressemblances marquées avec les scrofulides ulcéreuses phagédéniques et notamment avec le lupus.

Instituer le diagnostic différentiel de ces diverses affections avec les syphilides tertiaires me conduirait à entrer dans des considérations de dermatologie spéciale qui ne sauraient trouver leur place ici. Je me bornerai à ce qu'il y a de plus essentiel et de plus pratique, à savoir le diagnostic différentiel des syphilides tertiaires et des scrofulides de formes correspondantes.

Or, sur quelles bases instituer ce diagnostic ?

Vous trouverez indiqués dans tous les auteurs comme éléments séméiologiques différentiels certains signes graphiques empruntés à l'éruption, tels que les suivants :

Ulcération scrofuleuse n'offrant jamais cette configuration circinée si familière aux syphilides non plus que la distribution de ses divers éléments éruptifs suivant un tracé circulaire ou demi-circulaire ; présentant un fond relativement pâle et fongueux ; une aréole moins foncée ; des bords irréguliers, déchiquetés, décollés et surtout non entaillés à pic ; des croûtes moins foncées, moins brunes que les croûtes syphilitiques, plus jaunes au contraire et plus molles ; sécrétant un pus moins concrescible, affectant enfin une évolution plus lente, etc.

Mais tous ces signes se réduisent à des nuances, à de simples détails graphiques essentiellement sujets à variétés, et si l'on devait s'en tenir à eux seuls, on resterait,

en maintes occasions, très-perplexe. Il faut donc recourir à d'autres considérations d'un ordre différent, et moins sujettes à l'erreur. Ces considérations seront empruntées à l'évolution morbide et à l'examen de la constitution.

C'est ainsi qu'il conviendra de rechercher avec soin l'existence de symptômes morbides contemporains, imputables, soit à la syphilis, soit à la scrofule; — d'étudier avec soin les antécédents, de façon à voir s'ils autorisent à admettre l'existence de l'une ou de l'autre de ces maladies; — d'examiner la constitution pour y trouver l'ensemble ou quelques traits de la constitution scrofuleuse, etc. Ce sont, surtout et avant tout, les considérations de cet ordre qui serviront de base au diagnostic.

II. Venons maintenant aux difficultés d'un autre genre, à celles que j'ai appelées difficultés imprévues, difficultés *de surprise*. Certes on ne s'attendait guère à ce que ces lésions tertiaires de la peau, que je vous ai décrites avec des caractères si tranchés, avec une physionomie si spéciale puissent être confondues, avec des lésions qui, comme nature autant que comme attributs extérieurs, en sont absolument différentes, tels que les ulcères variqueux, les tumeurs épithéliales, le cancer. Eh bien, des confusions de ce genre ont été faites; et ces confusions se produisent, non pas exceptionnellement, mais assez fréquemment en pratique, comme le démontre l'expérience. Il faut d'autant plus en tenir compte qu'elles sont plus imprévues. Il importe donc que le jeune praticien soit prévenu de la possibilité de telles erreurs, et c'est pour cela que je tiens à vous en parler ici.

1° Parfois ce sont des conditions *de siége* qui donnent le change sur la nature de la lésion et qui la font complétement méconnaître.

Exemple : J'ai eu l'occasion de voir avec M. Ricord, un malade qui, affecté d'un ulcère gommeux à la jambe était traité depuis de longues années comme atteint d'un simple ulcère variqueux. Cet ulcère qui siégeait à la partie inférieure de la jambe et qui occupait là une énorme surface avait été soumis depuis 6 ans aux médications les plus diverses et avait résisté à tout. Il faut avouer qu'il avait tout-à-fait l'air de ces ulcères si communs, si vulgaires, qu'on rencontre à toutes les consultations d'hôpital; il en avait et le siége d'abord, et les bords calleux, et le fond sordide, et les fongosités saignantes, bourgeonnantes, etc. . . . , et ce n'est certainement pas d'aspect qu'il en différait, tant sont trompeurs les signes objectifs, tant il ne faut pas se fier à ce qu'on appelle trop complaisamment « la physionomie spécifique des ulcères ». Mais ce qui pouvait, ce qui aurait dû éclairer sur la nature de cet ulcère c'était l'existence à son voisinage de trois cicatrices parfaitement arrondies, de l'étendue d'une pièce d'un franc, cicatrices maculeuses et fortement pigmentées. Interrogé d'ailleurs sur ses antécédents, le malade avouait une syphilis très-ancienne. Soumis au traitement spécifique il guérit en quelques semaines de cet ulcère, dont l'origine, je vous le répète à dessein, ne remontait pas à moins de six années.

2° Une source d'erreurs plus insidieuse encore c'est l'*isolement* possible des syphilides tertiaires. On s'attend toujours, et avec raison, à trouver les syphilides tertiaires formant un groupe de lésions. Or, en quelques cas, la maladie ne se manifeste que par des lésions uniques ou par des lésions qui, orginairement multiples, aboutissent plus tard à ne former qu'une seule ulcération. C'est dans de telles circonstances que cette lésion unique, isolée, peut en imposer pour une affection de tout autre genre, pour un cancroïde ulcéré, par exemple. Laissez-moi, à ce propos, vous raconter le fait suivant.

Un vieillard de 72 ans, portait au menton une ulcération singulière de l'étendue d'une amande, à bords durs, à fond rouge et granuleux. On avait diagnostiqué cancroïde, et déjà même un chirurgien avait proposé d'enlever cette lésion par l'instrument tranchant. Le malade était presque décidé à l'opération, quand, la veille du jour où il devait la subir, il eut l'idée d'aller consulter un autre médecin. Celui-ci soupçonna une lésion syphilitique, et prescrivit un traitement approprié. Trois semaines plus tard, il ne restait plus trace de ce prétendu cancroïde.

M. Bazin accuse les chirurgiens d'avoir plus d'une fois opéré (à la face notamment) de ces prétendus cancroïdes, dont l'iodure de potassium aurait fait prompte justice. J'avoue que, pour ma part, d'après ce que j'ai vu, il m'est impossible de trouver cette accusation injuste ou exagérée.

Une telle erreur cependant pourra être évitée, au moins, dans la grande généralité des cas, si l'on prend en considération les éléments diagnostiques suivants que, pour abréger, je résumerai dans le tableau ci-joint :

CANCROÏDE.	SYPHILIDE ULCÉREUSE.
1° C'est une *tumeur ulcérée* ;	C'est une *ulcération sans tumeur* véritable ;
2° Début par un bouton verruqueux qui persiste longtemps sans s'ulcérer, s'ulcère lentement, et ne se couvre pas de croûtes aussi régulièrement que celles des syphilides croûteuses ;	Début par groupe de boutons globuleux, qui se ramollissent rapidement, crèvent et s'ulcèrent aussitôt en se couvrant de croûtes ;
3° Pas de forme régulière ; fond inégal, le plus souvent violacé ; bords durs, épais, renversés ;	Assez souvent forme régulière ; quelquefois même forme régulièrement significative (cerclée, demi-cerclée); fond inégal, bourbillonneux ou pultacé ; bords moins épais, moins durs ;
4° Lésion affectant toujours les ganglions après un certain temps.	Pas de retentissement ganglionnaire.

Enfin on a vu les ulcérations syphilitiques être confondues avec le *cancer* lui-même, et cela en raison de leur étendue, de leur profondeur, de leur aspect bourgeonnant, de leur « *mauvaise mine* ». Il faut bien le savoir, Messieurs, des confusions de cet ordre ont été parfois commises même par des praticiens expérimentés, par des chirurgiens éminents ; tel est comme exemple le cas suivant : Un malade affecté d'une vaste ulcération du nez et de la lèvre supérieure fut envoyé à Paris, après quelques essais de traitement infructueux, comme atteint d'une affection chirurgicale, nécessitant une opération. A Paris, un chirurgien des plus célèbres, consulté à cet effet, diagnostiqua une affection carcinomateuse et proposa l'ablation du nez comme seule chance de salut. Désespéré et reculant devant une telle mutilation, le malade alla consulter Biett, qui reconnut une lésion syphilitique et conseilla simplement le proto-iodure de mercure (5 à 20 centig. par jour, progressivement). Au bout de 25 jours de ce traitement, le malade était absolument guéri !

Quelle observation mieux faite pour inspirer aux médecins la réserve la plus prudente ! Eh bien, quand on parcourt les recueils, les journaux, on trouve éparses çà et là, et malheureusement enfouies, oubliées, quantité d'observations semblables essentiellement instructives. Je ne puis ici vous relater, vous résumer même, tous

ces faits ; laissez-moi, du moins, vous citer encore le suivant, en raison de son intérêt :

Un malade était affecté d'un énorme ulcère du pied. Cet ulcère avait littéralement dévoré le talon et se continuait sur les bords du pied, jusqu'à la hauteur des chevilles. Cette lésion présentait une surface anfractueuse, une coloration lie de vin, des bords durs, des fongosités saignantes, bref, il était tellement « hideux » qu'on ne pouvait songer qu'au cancer en le voyant, et, en effet, on avait jugé l'amputation nécessaire. Plusieurs médecins sont appelés en consultation et déclarent, à l'unanimité, l'amputation indispensable. Effrayé de cette proposition, le malade eut l'heureuse idée d'aller consulter le docteur Sinapian (de Constantinople), qui crut reconnaître un ulcère syphilitique, administra l'iodure de potassium, et guérit en quelques mois cet épouvantable ulcère.

De là résulte ce fait important que, dans certaines conditions, *de simples syphilides peuvent simuler le cancer*. C'est là pour nous un enseignement à ne pas perdre de vue.

Comment donc nous tenir en garde contre des confusions si regrettables ? De deux façons :

1° En interrogeant avec un soin minutieux, d'une part, l'évolution morbide et, d'autre part, les caractères actuels de la lésion, on aboutit à certains caractères différentiels, tels que les suivants :

Le cancer débute par une *tumeur*, tumeur généralement bien plus volumineuse que les syphilides de tout genre, tumeur qui s'ulcère consécutivement, mais s'ulcère d'une façon bien plus tardive que les gommes ;

Quand l'ulcération est faite, le cancer est encore, et toujours, une *tumeur*, car, alors qu'il s'ulcère en un point, il est bien rare qu'il ne progresse pas sur un autre ;

L'ulcération cancéreuse enfin repose sur des tissus durs, secrète un ichor fétide, s'accompagne de douleurs lancinantes, retentit assez hâtivement sur les ganglions.

2° Si ces considérations ne conduisent pas à un diagnostic précis, certain, l'indication formelle est de *recourir empiriquement au traitement spécifique*, comme pierre de touche, de tenter ce qu'on appelle l'*épreuve thérapeutique* avant d'en arriver aux moyens chirurgicaux. C'est là pour le médecin une règle de conduite absolue ; je dirai plus, c'est là un devoir rigoureux de pratique, auquel il nous est imposé d'obéir.

TRAITEMENT.

Contrairement aux syphilides secondaires, qui ne réclament pour la plupart qu'un traitement interne, les syphilides tertiaires exigent impérieusement une double médication l'une interne, l'autre externe.

Un mot d'abord sur le *traitement interne* :

De l'aveu général, ce qui réussit le mieux contre les syphilides tertiaires jeunes (ecthyma, syphilide gommeuse sèche), c'est ce qu'on appelle le *traitement mixte*, à savoir : l'association du mercure et de l'iodure de potassium.

Il n'en est pas de même pour les formes les plus tardives, telles que la syphilide gommeuse ulcérative. Ici le mercure est superflu. Certes le mercure n'est pas dépourvu d'action contre les accidents de ce genre ; de nombreuses observations,

tout au contraire (celle de Biett en particulier, que je vous citais tout à l'heure), en témoigneraient au besoin, mais il est moins actif, en pareil cas, que l'iodure de potassium, lequel, dans l'espèce, constitue, sans contredit, le remède par excellence.

Souvent même l'iodure doit être employé seul, et il est indiqué de ne pas lui associer le mercure. Tel est le cas alors par exemple qu'on a affaire à des sujets débilités, menacés de cachexie, à fonctions digestives, au moins sur certaines parties, languissantes et facilement troublées par les mercuriaux.

Venons en second lieu au traitement local. Ce traitement a ici une importance considérable.

Tout d'abord que faut-il faire des croûtes dont sont presque toujours revêtues les syphilides tertiaires ? Faut-il les respecter ? Faut-il en provoquer la chûte ? Cette question a été très-diversement jugée par les pathologistes.

Les uns sont très-formels pour la conservation des croûtes :

« Il importe, dit M. Cazenave, par exemple, de ménager, de respecter les croûtes « ordinairement adhérentes..... Elles recouvrent des ulcérations qui, mises à nu, « sont douloureuses, prennent un mauvais aspect, grandissent et ne tardent pas « d'ailleurs à se couvrir de croûtes nouvelles.... Il importe que les croûtes tombent « d'elles-mêmes, sous l'influence d'un traitement rationnel qui détermine la cica- « trisation de l'ulcère et par suite l'élimination de la croûte. »

D'autres, inversement, veulent qu'on débarrasse l'ulcère le plus hâtivement possible de ces croûtes, qu'on les fasse tomber. Je suis de ce nombre. Et, en effet, loin d'être un moyen naturel de protection pour les lésions sous-jacentes, les croûtes constituent, au contraire, une cause permanente d'irritation ; et cela parce que d'abord elles séquestrent sous elles une nappe de pus ; parce que, de plus, elles sont souvent arrachées par les mouvements, le frottement des habits, ou même par les ongles des malades.

Rien de plus facile d'ailleurs que de faire tomber ces croûtes. Il suffit pour cela de quelques bains, de cataplasmes de fécule appliqués pendant une durée de 12 à 14 heures, ou, plus simplement encore, du pansement occlusif que je vous décrirai dans un instant, à savoir le pansement au sparadrap de Vigo, méthode simple et sûre pour détacher immédiatement les croûtes sans douleurs, sans irritation de la plaie.

Une fois la plaie découverte, elle doit être pansée. Comment ? De nombreuses méthodes ont été proposées, toutes vantées outre mesure par leurs auteurs, tels que :

Pansements aux corps gras (pommades très-diverses, onguents de tout genre) ;

Pansements avec des solutions non moins diverses : (solution de tartrate ferrico-potassique, solution iodée, alcool etc.) ; pansements aux topiques pulvérulents : (calomel, iodoforme, etc.).

Il se peut bien que, dans quelques cas particuliers, tel ou tel de ces pansements ait réussi ; mais il n'est pas moins certain qu'aucun ne jouit d'une activité curative bien marquée. Il n'en est aucun qui puisse être comparé au traitement mis en usage de vieille date contre ces lésions et sanctionné par l'expérience. Ce mode de traitement c'est le pansement occlusif et, plus spécialement, le pansement occlusif au sparadrap de Vigo.

Pour avoir toute son efficacité, ce pansement doit être fait suivant certaines règles, règles bien simples d'ailleurs, comme vous allez le voir.

D'abord, il faut que l'occlusion soit complète, hermétique. Pour cela, il ne suffit pas

de coller sur la plaie un disque de sparadrap, lequel s'applique inégalement sur les anfractuosités de l'ulcère, gode, laisse pénétrer l'air et n'occlut pas véritablement. Pour que l'occlusion soit réelle, il faut qu'elle soit obtenue à l'aide d'une série de petites bandelettes superposées et imbriquées, de façon à couvrir toute la plaie, à lui adhérer dans toute sa surface et à la protéger contre l'air d'une façon absolue.

Inutile de vous retracer ici tous les détails de ce pansement occlusif, longuement et minutieusement exposés par M. Chassaignac. En quelques mots seulement je vous en rappellerai les principes.

On coupe de petites bandelettes, d'une longueur proportionnelle à celle de la plaie et d'une largeur de 1/2 à 1 centimètre tout au plus. Puis l'on applique ces petites bandelettes sur la plaie, en les entrecroisant perpendiculairement, et en les imbriquant à la façon des tuiles d'un toît, de façon à ce que les premières appliquées soient recouvertes à moitié par les suivantes, et ainsi de suite. De la sorte l'occlusion parfaite est obtenue. On recouvre le pansement, si l'on craint qu'il ne se déplace, de quelques tours de bande, puis on le laisse à demeure pendant un temps variable, variable surtout suivant l'abondance de la suppuration. Dans les premiers temps, on est forcé de le renouveler toutes les 24 heures; plus tard, quand les plaies suppurent moins, on peut le laisser en place 48 heures, voir même 3 à 4 jours.

Pour mieux déterger la plaie, et pour calmer les phénomènes inflammatoires, il y a tout avantage à faire précéder le pansement, tous les 2 à 3 jours, de bains tièdes, d'une durée de 3/4 d'heure à 1 heure.

S'il y a lieu, on profite de l'époque du pansement pour toucher la plaie, soit avec la teinture d'iode (excellent modificateur en pareil cas), soit, lorsqu'elle bourgeonne trop activement, avec le crayon de nitrate d'argent.

Ce mode de traitement appliqué aux syphilides tertiaires fournit, je puis le dire, d'excellents résultats.

D'abord il calme toute douleur, toute irritation, et cela séance tenante;

De plus, il modère la suppuration d'une façon très-évidente ;

Enfin il modifie rapidement les ulcérations, qui se détergent, prennent une meilleure physionomie; se transforment en plaies simples, bourgeonnent et se cicatrisent. Ce pansement constitue donc la méthode cicatrisante par excellence de la syphilide ulcéreuse. Je lui dois un très-grand nombre de succès, dans des cas de tout ordre, même dans des cas en apparence graves et presque désespérés. Je ne saurais donc lui accorder assez d'éloges, et je le loue d'autant plus à l'aise que je n'en suis certes pas l'inventeur.

Loin de moi, cependant la prétention de vous donner cette méthode comme infaillible. Il est des cas où elle échoue comme toute autre médication topique ; mais, ce que j'affirme, c'est qu'elle échoue bien moins souvent que tout autre traitement et qu'elle constitue, à coup sûr, ce que nous avons de mieux aujourd'hui pour le traitement topique des syphilides tertiaires.

Cela dit sur le traitement des syphilides ulcéreuses, en général, ajoutons quelques mots relativement à leur complication la plus grave, le phagédénisme.

Excessivement nombreuses et non moins variées sont les médications qu'on a proposées contre le phagédénisme tertiaire. Ce sont d'abord des médications internes, telles que : opium à haute dose, calomel, chlorate de potasse, acide nitrique, tartrate, ferrico-potasique, voire saignée !

Ce sont, en second lieu, des moyens externes, tels que : pommades, onguents

et solutions de tout genre, caustiques, agents spéciaux comme le tartrate de fer, le stéarate de fer, le chlorate de potasse, l'iodoforme ; compression par des lames de plomb, etc, etc.

Malheureusement cette richesse apparente de remèdes ne fait, comme d'usage, que déguiser une pauvreté réelle de moyens actifs. Des nombreux remèdes, en effet, qui ont été préconisés contre le phagédénisme, quelques-uns sont morts-nés, et ne méritent que l'oubli dans lequel ils sont tombés ; d'autres ont exercé, en certains cas, une action réelle, incontestable, mais aucun ne jouit d'une action assez marquée pour pouvoir être proposé, comme médication générale, comme agent antiphagédénique.

Aussi, faire un choix au milieu de cet encombrement thérapeutique et s'en rapporter exclusivement à tel ou tel des agents sus-mentionnés, serait chose aussi difficile que hazardeuse. Le bon sens dit qu'il serait imprudent de procéder de la sorte, et que, tout au contraire, il faut, en occurence aussi délicate, aussi périlleuse, se conformer aux règles d'une saine pratique, en suivant un plan déterminé, en s'inspirant surtout des indications à satisfaire. Les règles à suivre, en pareil cas, me paraissent devoir être posées de la façon suivante :

1° *Rechercher toutes les causes du phagédénisme et les combattre, si cela est possible.* Or, les causes du phagédénisme peuvent se trouver soit dans des conditions toutes locales, soit dans des conditions générales.

Comme conditions locales signalons surtout : inflammation de l'ulcère par fatigue, par travail local de la région ; — malpropreté ; — mauvais pansements ; — topiques irritants ; — cautérisations répétées, etc.... Supprimez telle ou telle de ces causes, et il est possible, qu'immédiatement, par ce fait seul, le phagédénisme cesse ses ravages.

De cela nous avons eu une preuve bien frappante sur la malade dont vous voyez le pied reproduit ici, sur cette belle pièce due au talent de M. Jumelin. Cette femme est arrivée à notre hôpital dans l'état le plus pitoyable. Son pied était demesurément gonflé, presque doublé de volume, rouge, enflammé, œdématié jusqu'aux malléoles. La plaie phagédénique avait déjà détruit deux orteils et allait en emporter un troisième. Hideuse d'aspect, toute pultacée, gangréneuse, elle sécrétait à flots une sérosité sanieuse d'une horrible fétidité, si bien que la malade, à son entrée dans notre service, infecta littéralement la salle en quelques heures. Or, interrogations faites, nous avons trouvé plusieurs causes à ce phagédénisme : la malpropreté d'abord et l'absence de pansements convenables ; — en second lieu la fatigue, (cette femme était blanchisseuse et elle avait continué, jusqu'au moment de son entrée, à travailler debout, tout le jour) ;

En troisième lieu l'alcoolisme ; comme elle souffrait vivement, en travaillant ainsi avec cette affreuse plaie, cette malheureuse avait pris l'habitude de boire de l'eau-de-vie, pour se donner « du nerf » suivant son expression, et nul doute que ces excès d'une boisson alcoolique, à laquelle elle n'était point accoutumée, n'aient eu quelque influence dans la progression aiguë de ce phagédénisme. Eh bien, quand cette malade se décida à consulter et à entrer ici, notre premier soin fut de la laver, de la coucher, de la sevrer d'eau-de-vie. Du jour au lendemain, sous l'influence de ces simples soins d'hygiène la plaie commença à se transformer ; elle se modifia, se détergea, puis, loin de continuer à grandir et à creuser, comme elle n'avait cessé de faire jusqu'alors, elle entra d'emblée dans la phase de réparation et se cicatrisa en quelques semaines. Voilà donc, Messieurs, un exemple très-probant de phagédénisme guéri par la simple soustraction des causes qui l'avaient produit.

En second lieu, les causes du phagédénisme peuvent se trouver dans des conditions générales de constitution; de tempérament, et de santé antérieure, de débilitation par influences diverses (misère, alimentation insuffisante, maladies antérieures), de mauvaise hygiène, d'habitudes vicieuses; etc. etc.

Inutile de dire que ces diverses causes devront être recherchées et combattues. Mais, ici, dans la plupart des cas, la tâche est bien plus difficile; car il est bien moins aisé de parer à un vice constitutionnel comme la scrofule, l'anémie, le lymphatisme, que d'écarter une simple cause locale.

Et enfin, la recherche de ces diverses causes, il faut bien le dire, pourra aussi ne rien fournir de satisfaisant. Evidemment alors, rien à faire de spécial contre une cause qui échappe.

Cependant, comme le phagédénisme paraît se développer le plus habituellement sous l'influence de causes débilitantes et adynamiques, il ne sera pas moins indiqué de placer le malade dans les meilleures conditions possibles d'hygiène et de le soumettre à une thérapeutique réconfortante, (ferrugineux, arsénicaux, huile de foie de morue, quinquina, etc., campagne, hydrothérapie). De l'aveu général, c'est le traitement tonique qui se trouve indiqué d'une façon impérieuse dans la plupart des cas de phagédénisme.

2° Ce qu'il convient de faire en second lieu, c'est *d'administrer d'une part le traitement général spécifique, et, d'autre part, de prescrire la médication locale la mieux éprouvée par l'expérience.*

Comme médication générale, rien à ajouter à ce que j'ai dit précédemment, si ce n'est que le mercure doit céder le pas ici à l'iodure de potassium. C'est l'iodure qui réussit le mieux contre les diverses formes du phagédénisme chronique.

Le mercure peut être utile aussi en certains cas, et il l'a été incontestablement dans quelques observations que vous pouvez trouver citées çà et là dans les recueils. Toutefois il ne convient de le prescrire qu'avec prudence, en surveillant bien l'effet qu'il produit; car, en raison des troubles digestifs qu'il détermine parfois ou par l'action générale qu'il exerce sur l'économie, il peut devenir dangereux, alors surtout que déjà l'économie est languissante, affaiblie, débilitée, et sur la pente de la cachexie.

Enfin, comme méthode locale, c'est, sans aucun doute, au pansement occlusif par le sparadrap de Vigo qu'il convient de recourir, et cela parce que elle est la méthode la plus active dans le traitement des syphilides tertiaires ulcéreuses. Pour ma part, c'est à cette méthode, que je dois le plus de succès dans les cas dont nous parlons.

En résumé donc, médication générale par l'iodure de potassium et les toniques, médication locale par le pansement occlusif, voilà le traitement à mettre en œuvre d'emblée, comme le plus sûr, voilà ce que nous possédons de mieux. C'est par ce traitement qu'il faut, au moins, toujours débuter, entrer en lice. Et j'ajouterai c'est là le traitement sur lequel il convient d'insister longtemps, car on ne réussit pas toujours du premier coup à enrayer le phagédénisme; souvent les plus actifs traitements n'en viennent à bout qu'après un temps plus ou moins long. En conséquence, il y a toujours lieu de persévérer plus ou moins dans l'emploi de cette médication, alors même qu'elle ne fournirait pas de résultats immédiats; et cela pour la raison que c'est notre ressource la plus sûre, la mieux éprouvée.

Que si cependant, après avoir prescrit ce traitement, et en avoir fait une expérience consciencieuse, soutenue, prolongée, on n'obtient rien de satisfaisant, l'indication

alors surgit d'elle-même. Il faut essayer autre chose, cela est bien évident. Mais essayer quoi ? Ici, l'embarras commence, car, de toutes les autres méthodes topiques, aucune n'est assez égale, ni assez sûre dans ses résultats pour qu'on soit bien autorisé à la choisir de préférence à telle autre. Disons cependant que ce qui se présente en seconde ligne, comme méthodes les moins incertaines, consiste en ceci : pansements avec le tartrate ferrico-potassique, avec des solutions faibles de nitrate d'argent (au centième, par exemple), avec la solution iodée, l'alcool, ou encore avec l'iodoforme, remède très-vanté et trop vanté dans ces derniers temps, remarquablement actif, il est vrai, en certains cas, mais inactif en beaucoup d'autres, et au total très-infidèle.

N'est-on pas plus heureux avec tel ou tel de ces derniers remèdes ? le mieux encore est de revenir à la méthode occlusive. Et pourquoi? Parce que cette méthode, après avoir échoué pendant un temps, peut réussir dans un nouvel essai, comme l'expérience l'a démontré plusieurs fois.

En fin de compte, si après de nombreux et de consciencieux efforts, on a échoué avec tout, et la chose n'est pas rare, il reste comme recours ultime la méthode destructive, celle-ci consiste en des cautérisations profondes qui, appliquées sur toute la surface de la lésion, détruisent, anéantissent cette lésion, en lui substituant une plaie simple, laquelle, dépourvue de génie spécifique, n'aura plus de raison pour subsister. On a fait cette cautérisation, soit avec les agents chimiques, soit avec le fer rouge, et plusieurs fois elle a été couronnée de succès. Le cautère actuel est, je crois, préférable aux caustiques chimiques. Et comme aujourd'hui nous possédons un cautère actuel qui, au lieu de s'éteindre dans la plaie à la façon du fer rougi au feu, conserve son calorique destructeur aussi longtemps qu'on le désire, c'est à ce caustique spécial qu'il convient d'avoir recours c'est-à-dire au cautère galvanique. Ai-je besoin toutefois d'ajouter combien il faut être réservé dans l'application de ce moyen, non pas en raison de la douleur que provoque cette opération (car la douleur, on la supprime avec le chloroforme), mais en raison du siège qu'affecte le plus souvent le phagédénisme tertiaire, c'est-à-dire la face, le nez, là où il importe le plus d'épargner au malade des cicatrices profondes qui défigurent la physionomie.

Il convient, d'ailleurs, d'autant plus d'être sobre de ces moyens extrêmes qu'en certains cas le phagédénisme, après être resté pendant un temps plus ou moins long progressif et rebelle, s'arrête ensuite spontanément. Cela, Messieurs, est certes bien digne de remarque. Parfois le phagédénisme se limite et se juge lui-même, *proprio motu*, sans que nous puissions trouver à cela une explication plausible, pas plus que tout à l'heure nous n'en trouvions à ses progrès.

Or, cet espoir d'un arrêt spontané du travail ulcéreux, on peut toujours le conserver, même avec le phagédénisme le plus dévorant, le plus réfractaire. On a fait tout au monde, je suppose, pendant de longs mois, pendant de longues années pour enrayer un phagédénisme, tout a échoué. Puis voilà qu'un beau jour, soit comme effet tardif d'une des médications précédentes soit plutôt par un simple et inexplicable effort de la nature, ce phagédénisme cesse de creuser et de s'étendre. C'est fait de lui désormais, en tant que lésion progressive ; il reste stationnaire, et il va suffire alors pour le guérir, des moyens les plus simples, du moyen jusqu'alors resté le plus inactif.

Enfin, Messieurs, je ne dois pas vous dissimuler qu'au-delà même de ces cas si rebelles et si graves dont je viens de vous parler, il en est d'autres encore plus

graves et plus incurables. Il y à très-positivement des cas déplorables où rien ne fait, où tous les remèdes, toutes les méthodes, viennent échouer tour à tour. J'ai vu déjà, pour ma part, plus d'une douzaine de malades, sur lesquels mes maîtres, mes collègues et moi avons épuisé inutilement, pendant des années entières, tout l'arsenal de la thérapeutique.

Dans de pareils cas, ai-je besoin de dire combien le médecin reste anxieux et perplexe? Tout a été essayé et rien n'a réussi. Que prescrire, que faire à nouveau? Car enfin le malade est là, demandant un remède, une espérance. La conduite la plus sage, à mon gré, en pareille occurrence, ce n'est pas de multiplier et de varier coup sur coup les médications, de fatiguer les malades par cent traitements empiriques d'action incertaine ou inconnue; c'est au contraire de suspendre, pour un certain temps, toute intervention active; de panser les ulcères avec le topique le plus simple, avec celui qui excite le moins et qui semble le mieux toléré: de confier aux modificateurs généraux (toniques, hydrothérapie, campagne, air marin) le soin de corriger la constitution; d'attendre, en un mot, plusieurs semaines, voire plusieurs mois au besoin sans rien faire d'actif localement; et, plus tard, de revenir à l'emploi des méthodes topiques les plus rationnelles et les mieux éprouvées.

Plusieurs fois j'ai vu une telle pratique couronnee de succès. Comme exemple je vous citerai le cas suivant que j'ai observé avec M. Ricord.

Un jeune étudiant en médecine était affecté d'une horrible syphilide serpigineuse, qui avait labouré le crâne et la face depuis trois ans et qui, à l'époque où je vis ce malade pour la première fois, occupait exactement toute la moitié de la tête. Tout avait été mis en œuvre, et avec un insuccès aussi complet que possible. A bout de ressources, mais non désespéré, M. Ricord prescrivit de suspendre tout traitement interne ou externe, de panser simplement la plaie avec de la charpie imbibée d'eau de guimauve et de passer quatre mois à la campagne sans toucher à un seul remède. Quand, ces quatre mois écoulés, le malade nous revint, la lésion n'avait pas changé de physionomie.

Le traitement interne fut alors repris avec vigueur, et les plaies furent pansées par occlusion. Six semaines après la cicatrisation était complete!

Plusieurs fois déjà, pour ma part j'ai imité cette sage pratique de mon maître, et, sur deux malades notamment, j'ai eu la satisfaction d'obtenir ainsi la guérison d'ulcérations phagédéniques qui avaient résisté pendant plusieurs années à des traitements de tout genre.

COURS COMPLÉMENTAIRES DE LA FACULTÉ

Cours de M. Fournier sur la *Syphilis tertiaire.*

Recueilli par M. Porak, interne des hôpitaux

V

Syphilides tertiaires de la langue.

Messieurs,

La langue est fréquemment éprouvée par la syphilis tertiaire. Elle l'est moins souvent certes que d'autres parties de la bouche et de la gorge, telles que le pharynx et surtout le voile du palais, mais assez souvent, en tout cas, pour que chaque année nous observions ici en moyenne une douzaine d'exemples de ces lésions. L'étude de ces accidents tertiaires de la langue comporte donc un intérêt pratique des plus sérieux.

Quelles sont ces lésions ?

Exactement celles qui se produisent à la peau pendant la même période, trait pour trait, espèce pour espèce. Rappelez-vous que nous avons été amenés à reconnaître à la peau trois espèces de lésions tertiaires, savoir :

I. Des syphilides ulcéreuses (syphilides ulcéro-crustacées, ecthymateuses), dont la lésion véritable est une ulcération et dont la croûte ne constitue qu'un revêtement accidentel, un épiphénomène ;

II. Des syphilides gommeuses, qui elles-mêmes se subdivisent en deux espèces : 1° Syphilides gommeuses sèches, évoluant à l'état de nodules solides, pleins, qui disparaissent sans s'ulcérer, ou ne s'ulcèrent qu'en certains cas d'une façon éventuelle et tardive ; 2° Syphilides gommeuses ulcératives, aboutissant à l'ulcération et y aboutissant d'une façon rapide ;

III. Des gommes sous-cutanées, n'intéressant qu'indirectement la peau, mais se transformant, à leur période ultime, en de véritables syphilides ulcéreuses tertiaires.

Eh bien, ce qui se passe sur la langue est exactement analogue, et nous avons de même à distinguer ici :

1° Des *syphilides ulcéreuses,* se produisant sur le derme lingual, intéressant le derme lingual exactement comme un ecthyma intéresse le derme cutané ;

2° Des *syphilides gommeuses* de deux ordres :

a Les unes ne s'ulcérant pas, constituées par des nodules gommeux ou des plaques gommeuses, qui restent à l'état de productions solides, ou bien n'arrivant que d'une façon accidentelle et très-tardive à l'ulcération ;

b Les autres, aboutissant à l'ulcération d'une façon hâtive ;

3° Enfin, des *gommes sous-muqueuses*, qui, après avoir été constituées originairement par des lésions indépendantes de la muqueuse, arrivent plus tard à détruire cette membrane et à constituer des syphilides linguales tertiaires de forme ulcéreuse.

L'analogie des lésions de la muqueuse linguale avec celle de la peau est donc aussi complète que possible. C'est là du reste ce qui va ressortir de l'étude particulière de ces accidents.

1° *Syphilide ulcéreuse*. Les syphilides ulcéreuses linguales consistent simplement en des ulcérations qui se produisent sur la langue à une époque avancée de la diathèse, à l'époque tertiaire.

Elles se distinguent de la forme gommeuse par ce fait qu'*originairement elles sont ulcéreuses*, sans succéder, comme fait la gomme, à une tumeur solide initiale, se ramollissant ultérieurement. Dans la gomme il y a tumeur solide au début, et l'ulcération n'est que consécutive au ramollissement de cette tumeur ; ici au contraire l'ulcération est initiale, ou du moins n'est pas précédée par une tumeur.

Cette forme, sans être rare, est moins commune que les autres syphilides linguales.

Comme caractères cliniques, elle ne comporte aucun attribut bien caractéristique, bien spécial ; c'est une *ulcération* et voilà tout. Supposez un ulcère ecthymateux de la peau se produisant sur la muqueuse linguale, et vous aurez exactement ce qu'est la syphilide ulcéreuse de la langue.

Et, en effet, quand on analyse minutieusement les caractères de cette ulcération, on voit qu'elle rappelle ceux de toutes les ulcérations cutanées tertiaires, de l'ecthyma en particulier.

Comme l'ecthyma, en effet, cette ulcération est plus ou moins creuse, entame plus ou moins profondément le derme muqueux ; comme l'ecthyma, elle présente des bords plus ou moins entaillés, suivant la profondeur de l'ulcération, et un fond jaunâtre, jaune grisâtre, quelquefois rouge, alors que la sécrétion purulente a été balayée par la salive ; comme l'ecthyma, elle affecte une forme plus ou moins régulière, quelquefois cerclée ou demi-cerclée, quand elle siége sur la portion plane de la langue, d'autres fois ovalaire, allongée, irrégulière, quand elle occupe les bords de la pointe; comme l'ecthyma, enfin, elle est bordée par une aréole rougeâtre, ou, tout au moins, par un bourrelet circonférenciel rouge, au niveau duquel la muqueuse épaissie présente un certain dégré de renitence pathologique.

Telle est la lésion élémentaire qui constitue la syphilide ulcéreuse.

Cette lésion est parfois, souvent même, unique. D'autres fois, il en existe plusieurs semblables soit sur la langue exclusivement, soit simultanément au voisinage de la langue (gencives, joues, voile du palais). Quand il en existe plusieurs de cet ordre sur le dos de la langue, on les voit parfois affecter ce mode de groupement si familier aux syphilides, à savoir la disposition en demi-cercle. C'est ainsi que sur un malade que je traitais récemment, j'ai vu 5 ulcérations de cette forme distribuées très-régulièrement en demi-lune les unes par rapport aux autres. Remarquez, Messieurs, cette particularité, la seule qui parfois donne aux syphilides ulcéreuses de la langue un aspect caractéristique.

Ces ulcérations n'offrent pas en général une grande étendue. Le plus habituellement elles rappellent comme diamètre une lentille, une pièce de quatre sous, un haricot, une amande. Se réunissant par fusion de voisinage, elles arrivent quelquefois à des proportions supérieures.

En dépit toutefois de leur faible étendue habituelle, elles ne laissent pas d'être gênantes et douloureuses, très-douloureuses même parfois. De même que la plupart des ulcérations buccales de nature spécifique, elles sont moins douloureuses par elles-mêmes que par les excitations variées qu'elles subissent, excitations dérivant des mouvements de la langue dans la phonation, dérivant surtout dans la mastication du contact des aliments et des boissons. En tout cas, pour une raison ou

pour une autre, ces ulcérations deviennent très-rapidement douloureuses et molestent incessamment les malades, soit par la salivation qu'elles déterminent, soit par la gêne qu'elles apportent à la parole, et surtout à l'alimentation, soit par la douleur qu'elles provoquent au contact des aliments durs, acides, trop chauds ou trop froids, etc.

Inutile d'ajouter qu'elles sont essentiellement chroniques d'évolution. Une fois développées, ou bien elles restent ce qu'elles sont, ou bien elles tendent à grandir, à moins que n'intervienne un traitement approprié dont je vous parlerai plus tard.

2° *Syphilide gommeuse non ulcérative* ou plus simplement, *syphilide scléreuse.*

Cette forme consiste sommairement en ceci : des indurations sèches du derme lingual. C'est là l'espèce de lésion que M. Ricord qualifiait du nom d'*induration plastique* de la langue, de *glossite plastique.* Comme elle correspond à ce qui se passe sur la peau pour les tubercules secs, ou, dans le testicule pour les infiltrations scléreuses, pour cette raison je proposerai de l'appeler *glossite scléreuse.*

Cliniquement, voici ce que l'on observe :

Sur tel ou tel point de la langue on constate des *nodosités* sèches faisant un certain relief à la surface de l'organe, relief, comparable par exemple, à celui d'une papulle secondaire, et constituant une sorte de bosselure, de soulèvement.

Cette bosselure est appréciable à la vue, et moins appréciable encore par son relief que par la modification d'aspect qu'elle imprime à la muqueuse. La muqueuse, en effet, se présente en ce point d'une part plus rouge et d'un rouge plus sombre que sur les parties voisines, d'autre part elle est plus lisse, plus égale, moins villeuse et souvent même absolument unie, comme si les papilles avaient disparu, comme si la surface linguale était partiellement *dépapillée.*

La bosselure en question n'est pas moins appréciable au toucher grâce à sa renitence circonscrite. En palpant avec soin le point affecté, on sent que sur l'aire de cette bosselure, le tissu de la langue est plus ferme, plus résistant ; on éprouve la sensation très-nette que ce tissu est augmenté d'épaisseur, qu'il est aussi plus dense, en un mot qu'il est infiltré et infiltré par un néoplasme résistant. Cette renitence devient particulièrement accusée en certains cas, alors que la lésion siége sur les bords ou sur la pointe de la langue, c'est-à-dire en des points qui peuvent être saisis en épaisseur par les doigts. Elle peut être telle qu'on croirait la langue infiltrée de cartilage à ce niveau.

Quelquefois un seul point de la langue est affecté de la sorte ; d'autres fois, et aussi souvent, il y en a plusieurs.

Ces plaques indurées de la langue affectent quelquefois une forme parfaitement cerclée. Un malade que j'ai vu récemment avec M. le professeur Chauffard, portait sur le dos de la langue trois indurations semblables discoïdes et absolument circulaires. Le plus souvent toutefois ces plaques ne sont qu'irrégulièrement circulaires, ou bien ovalaires, elliptiques, allongées. En d'autres cas elles deviennent tout-à-fait irrégulières, alors notamment qu'elles siègent sur les bords ou la pointe de la langue.

Elles n'ont le plus souvent qu'une étendue comparable à une lentille, à une pièce de 20 centimes ou de 50 centimes, à un haricot. Quelquefois elles sont plus larges, comme une amande environ. Nous verrons tout-à-l'heure qu'elles peuvent acquérir en surface des proportions bien autrement considérables.

Comme symptômes et comme troubles fonctionnels, peu de chose à dire de cette forme éruptive. Ce sont là des lésions qui ne déterminent pas de douleurs, qui s'accompagnent simplement d'une certaine gêne locale, gêne minime le plus souvent. Aussi sont-elles presque toujours négligées par les malades; aussi ne sommes-nous consultés pour elles, dans la plupart des cas, qu'à une époque où elles sont déjà vieillies, âgées de plusieurs mois, quelquefois même de plusieurs années.

Cependant, après avoir persisté un temps plus ou moins long sous cette forme indolente, ces plaques indurées ne laissent pas, en bon nombre de cas, de devenir agaçantes, gênantes et même douloureuses; résultat dû, moins à l'évolution propre des lésions, qu'aux irritations auxquelles la muqueuse malade est forcément exposée et aux modifications ultérieures qu'elle subit. Ce qui se produit alors, consécutivement, est ceci. Au niveau des parties circonférencielles de la langue, c'est-à-dire vers la pointe et les bords, la muqueuse s'excorie par places, se crevasse, se fendille; ces excoriations, reposant sur un tissu dur, se réparent difficilement et se reproduisent maintes et maintes fois après cicatrisation. Sur le dos de l'organe, les plaques indurées arrivent en se développant et en se réunissant à former une série de soulèvements partiels, de petits mamelons, entre lesquels il se constitue tout naturellement un *réseau de sillons* intermédiaires. Plus ou moins creux, plus ou moins enfoncés, ces sillons parcourent la surface de la langue en divers sens, soit transversalement, soit obliquement, soit surtout dans la direction antéro-postérieure. Bientôt ils deviennent le siége de gerçures, de crevasses, qui, irritées par les aliments et la salive, dégénèrent en de véritables ulcérations fissuraires, affectant la forme d'un V; ulcérations chroniques, rebelles, se reproduisant à satiété alors qu'on est parvenu à en provoquer la cicatrice, et déterminant soit un agacement continu de l'organe, soit des douleurs plus ou moins vives au moment de la mastication.

Rien de curieux alors comme l'aspect de la langue qui se présente sous l'aspect suivant :

Sur une étendue variable à la face dorsale, série de *saillies mamelonnées*, constituant autant de disques papuleux, de formes irrégulières et comparables comme étendue ici à une amande, là à une pièce de 20 centimes, là encore à un haricot, à une lentille; — puis, au pourtour de ces saillies, série correspondante de vallonnements fissuraires de *sillons* ulcérés ou non ulcérés, parcourant la langue en tous sens, et constituant (je reprends le mot à dessein) un véritable *réseau* de crevasses allongées et irrégulières.

Ajoutons d'ailleurs qu'après être restées sèches pendant un temps assez long, ces indurations superficielles de la langue peuvent s'éroder et s'exulcérer, à la façon des tubercules secs de la peau, que l'on voit parfois s'exfolier ou se couvrir de croûtes. Cette terminaison est favorisée par des excitations diverses: contact des aliments, frottements contre des dents ébréchées, irritation provenant du tabac, etc, etc.

De là des excoriations plus ou moins étendues, généralement assez superficielles, présentant une couleur d'un rouge vif ou recouverte de pellicules blanchâtres formées par l'épithélium normal macéré dans la salive; excoriations inégales de surface, et entrecoupées irrégulièrement par des sillons ulcéreux plus profonds. D'autres fois encore, mais bien plus rarement, ces plaques indurées subissent un processus véritablement ulcéreux qui les intéresse dans toute leur trame. Elles se convertissent alors en gommes *ulcératives*; nous les retrouverons bientôt sous cette forme en parlant de cette dernière variété d'accidents.

Enfin, comme évolution et comme marche, les lésions de cet ordre sont essentiellement chroniques. Développées lentement et sourdement, elles s'accroissent de même. Non traitées, je ne sais ce qu'elles pourraient durer. Mais ce que j'ai appris par de nombreux exemples, c'est qu'elle peuvent persister ainsi un temps très-long, plusieurs mois et même bien davantage. J'en ai vu dont l'origine remontait à 2, 3 et 5 ans. Et même, soumises à la médication spécifique, elles sont rebelles, si peu qu'on les ait laissées vieillir; on n'en vient souvent à bout qu'après plusieurs mois de traitement général, et avec le secours d'un traitement local très-assidu dont je vous parlerai en temps et lieu.

Une variété particulière de la forme éruptive que nous venons de décrire mérite encore de nous arrêter quelques instants. Elle est relative à ces singulières *indurations en nappe* qu'on observe parfois sur une portion plus ou moins étendue de la langue.

Les lésions que nous avons étudiées jusqu'ici ne consistent qu'en des indurations partielles et circonscrites, Or, il arrive quelquefois qu'au lieu de se limiter à une petite étendue de la langue, ces indurations s'étalent en surface, et envahissent une portion plus ou moins considérable du derme lingual, par exemple tout un des côtés de la langue dans une largeur de 3, 4 centimètres carrés, ou bien encore toute la pointe, tout le tiers antérieur de l'organe, voire même, comme j'ai eu l'occasion d'en observer un cas, les deux tiers antérieurs. On trouve alors la langue *indurée en nappe* sur une étendue variable, et ce que l'on constate est ceci : tuméfaction plus ou moins diffuse d'un segment de l'organe (toujours à la partie supérieure), produisant une déformation légère ; en ce point, aspect lisse, uni, étendu, et comme *verni* de la surface de la langue ; aspect dû tant à la distension des parties par une infiltration interstitielle qu'à l'atrophie ou à la disposition des papilles à ce niveau ; au même point, dureté particulière du tissu, ne cédant pas sous le doigt. Et quand on explore avec un soin minutieux cette partie indurée, on se rend compte que la sensation perçue ne provient pas d'une infiltration en masse de l'organe, non pas d'une tumeur intérieure, mais d'une rénitence superficielle du derme, d'une infiltration intra-dermique. La langue, en un mot, se présente sous cette forme comme si elle était doublée en surface d'une lamelle de cartilage ou « contenue dans un étui de parchemin. »

Quand la langue est affectée de ces indurations en nappe, elle offre de plus une configuration particulière sur sa circonférence. Ses bords, distendus par l'exsudat, se bossèlent irrégulièrement, prennent et conservent l'empreinte des dents sur lesquelles ils appuient. De sorte qu'en définitive, la langue, tirée hors la bouche présente l'aspect bizarre d'une langue indurée d'une part, et d'autre part d'une langue bosselée, irrégulière, semée de dentelures sur les bords, et de tubercules saillants sur sa face supérieure. C'est là, vulgairement parlant, la langue dite « *en dos de crapaud.* »

3° *Gommes de la langue.* Les gommes linguales se divisent naturellement en deux groupes : 1° gommes du derme lingual, *gommes muqueuses* proprement dites ; 2° *gommes sous-muqueuses*, ou musculaires.

Les gommes muqueuses et les gommes sous-muqueuses de la langue ne différant entre elles que par une question de siége, que par leur localisation plus ou moins profonde dans le tissu de l'organe, nous pouvons, sans inconvénients, les réunir dans une description commune. D'autant, qu'en bon nombre de

circonstances, il est impossible cliniquement de les distinguer, quant à leur siége initial, originel.

D'une façon générale, je puis immédiatement et d'un seul mot vous apprendre ce que sont ces gommes de la langue. Ce sont les gommes de la peau et les gommes sous-cutanées transportées dans la langue. Rien autre.

Vous vous rappelez en quoi consistent ces dernières lésions : des tumeurs qui, primitivement solides, fermes, aphlegmasiques, se ramollissent plus tard, s'ouvrent, éliminent une matière bourbillonneuse, et aboutissent finalement à des ulcérations à ciel ouvert, creuses, anfractueuses, lentes d'évolution, et quelquefois extensives.

Eh bien, les gommes de la langue sont cela et ne sont que cela, comme vous allez le voir.

Originairement elles sont constituées par des tumeurs solides, fermes, dures, qui se produisent dans le tissu de la langue. Indolentes et aphlegmasiques, ces tumeurs s'accroissent en formant un relief plus ou moins accusé à la surface de l'organe ; puis elles se ramollissent, s'ouvrent à leur sommet, donnent issue à une matière granuleuse, bourbillonneuse, et dégénèrent en ulcérations plus ou moins profondes, à bords nettement entaillés, à fond grisâtre, diphthéritique, bourbillonneux. Finalement ces ulcérations ou bien restent stationnaires, ou bien tendent à s'élargir par destruction progressive des tissus ambiants, ou bien se réparent sous l'influence d'un traitement approprié.

Voyez quelle analogie, quelle similitude entre ces lésions et celles des téguments cutanés. Cette similitude est telle qu'avant de vous avoir décrit les gommes de la langue, vous les connaissez déjà. De telle sorte qu'après cet aperçu général, il ne me reste plus, pour compléter la symptomatologie de ces lésions, qu'à ajouter quelques détails locaux, tenant à la spécialité du siége. Formulons brièvement ces particularités locales.

Comme *siége* d'abord, nous avons dit que les gommes de la langue se produisent soit dans le derme muqueux, soit dans le tissu sous-muqueux. Donc ces lésions sont plus ou moins *profondes*, suivant qu'elles affectent la muqueuse ou les muscles : cela va sans dire.

Second point très-curieux. Les gommes de la langue, muqueuses ou musculaires, affectent une prédilection marquée, presque exclusive, pour la *face supérieure* de l'organe. D'une part, en effet, c'est presque invariablement vers cette face supérieure qu'elles se développent originairement, et cela, soit vers les parties planes et médianes, soit plus rarement sur ses bords. Presque jamais on ne les rencontre sur la face inférieure. D'autre part, quand elles se sont développées originairement vers les parties centrales de l'organe, au milieu des muscles, elles se portent toujours vers la partie supérieure, vers le dos de la langue, dans leur développement ultérieur. Une gomme, par exemple, s'est-elle produite profondément, dans le noyau musculaire de la langue, ultérieurement elle se rapproche du dos de l'organe, devient saillante à sa partie supérieure. C'est là que toujours elle vient proéminer, s'ouvrir et s'ulcérer : jamais à la partie inférieure. Pourquoi cela ? Je l'ignore, c'est un fait seulement que je constate.

Le *nombre* de ces productions morbides est assez variable. Souvent il n'existe qu'une seule tumeur ; souvent aussi on en compte plusieurs. Et combien alors : deux, trois, quatre, rarement davantage, sauf dans ces formes spéciales que je vous décrirai plus tard sous le nom de formes confluentes. Quand ces tumeurs sont mul-

tiples, il n'est pas rare de les trouver réunies en groupe, en bouquet, au voisinage les unes des autres. Cela s'observe surtout pour les gommes muqueuses ou superficielles.

L'*évolution* générale de ces lésions est exactement celle des gommes cutanées ou sous-cutanées. Elle s'en rapproche à tous égards, comme vous allez le voir.

1° D'abord elle s'en rapproche au point de vue de l'*insidiosité du début.*

Ces tumeurs se développent à l'insu des malades qui les constatent seulement alors qu'elles sont déjà plus ou moins volumineuses. Parfois même, elles restent ignorées, et c'est le médecin qui, en examinant la langue, pour une raison ou pour une autre, découvre par hasard ces petites nodosités.

Ce n'est pas, en tout cas, par la douleur que les malades sont avertis de l'existence de ces tumeurs. Ils ne s'en aperçoivent que par un certain sentiment de gêne locale. Portant alors le doigt sur le point où cette gêne s'accuse, ils constatent non sans surprise, l'existence d'une petite nodosité. Cette nodosité, ils la sentent, mais ils n'en souffrent pas.

2° Comme évolution, les gommes linguales se rapprochent encore des gommes tégumentaires à un autre point de vue, par la *lenteur de leur développement.* Une fois constituées, elles s'accroissent, mais lentement, très-lentement. Plusieurs semaines sont souvent nécessaires pour constater une différence notable dans l'état de la tumeur. On a vu même parfois des gommes linguales rester stationnaires, en apparence au moins, pendant plusieurs mois.

3° Même analogie avec les gommes sous-cutanées au point de vue des *phases successives parcourues par la lésion.*

Ici encore, comme à la peau, quatre périodes ou étapes, pouvant être qualifiées comme il suit : période de formation, de ramollissement, d'ulcération et de réparation. Examinons-les à ces divers âges de leur évolution, et voyons quelles particularités elles vont nous offrir.

A la *période de formation ou de crudité,* ce sont des tumeurs solides, fermes, consistantes, dures. On se rend parfaitement compte de cette qualité solide et dure des tumeurs en promenant le doigt sur la surface de la langue. On sent alors de petits noyaux assez nettement circonscrits, en général, et se distinguant facilement des tissus périphériques par une rénitence particulière.

Comme *forme*, ces tumeurs sont le plus souvent arrondies, sphéroïdales ou hémisphériques, quelquefois encore allongées, aplaties comme une amande ou un haricot. Quand elles sont superficielles, elles donnent la sensation de ce que serait un grain de plomb, un petit pois enchâssé dans la muqueuse. Quand elles sont profondes, on les limite moins aisément. Cependant on les sent encore assez bien pour en apprécier les contours au moins dans leur segment supérieur et se rendre compte qu'elles sont constituées par une tumeur arrondie, comparable à ce que serait une petite noisette logée dans le parenchyme de l'organe.

Cette forme sphéroïdale se trahit même quelquefois à la simple vue. Quand la tumeur est superficielle ou quand, après avoir été profonde elle se rapproche du dos de la langue, le relief déterminé s'accuse par une forme hémisphérique.

Le *volume* des gommes linguales est naturellement variable suivant l'époque de leur développement, et aussi suivant leur siége.

Quand elles occupent la muqueuse même, leur proportion moyenne est celle d'un pois ou d'un petit haricot. Quand elles sont intra-musculaires, elles atteignent géné-

ralement un volume plus considérable, celui d'une noisette, d'une amande, d'une olive.

Il n'est pas rare qu'on en rencontre de comparables à une demi-noix. Exceptionnellement on en a vu qui dépassaient, ou peu s'en faut, le volume d'une noix.

De leur volume résultent *des déformations* proportionnelles de la langue.

Sont-elles petites, alors la langue est peu déformée ou même non déformée, pour peu qu'elles soient profondes. C'est ainsi qu'une tumeur gommeuse intra-musculaire, du volume d'une noisette, peut exister sans faire de relief appréciable. On la sent alors seulement, sans la voir, en explorant la langue avec le doigt.

Sont-elles volumineuses, au contraire, ces tumeurs s'accusent à la vue par un relief marqué et par une déformation de la langue qui est tuméfiée à leur niveau et bosselée. La bosselure ou les bosselures constituées de la sorte sont plus ou moins considérables, plus ou moins étendues, suivant les dimensions du néoplasme sous-jacent, et aussi suivant le degré d'irritation ou d'infiltration des parties voisines.

En certains cas, la langue est considérablement tuméfiée, soit sur un point circonscrit, soit sur l'une des moitiés latérales. Elle peut être doublée, voir même triplée d'épaisseur au niveau de la lésion.

4° *Période de ramollissement.* A mesure que se développe la tumeur, elle se rapproche, comme nous l'avons dit, de la partie supérieure de la langue et proémine de plus en plus de ce côté. Puis, après avoir progressé de la sorte, en conservant l'ensemble des caractères précités, elle commence à se ramollir. Elle devient moins ferme, moins rénitente, plus pâteuse ; finalement elle devient molle, donne la sensation d'une fluctuation obscure, et aboutit à s'ouvrir.

Qu'en sort-il alors ? Ce qui en sort, on ne le voit jamais, et cela pour de bonnes raisons: c'est d'abord que le médecin n'est pas là à l'instant précis où se fait cette ouverture ; c'est ensuite que le produit éliminé se mêle à la salive, est avalé ou craché sans que le malade y prête grande attention. D'après le dire des malades, ce à quoi la tumeur donne issue est le plus souvent un liquide jaunâtre, analogue à du pus, grumeleux, quelquefois strié de sang. Ce liquide, du reste, n'est jamais évacué qu'en quantité fort minime.

Puis, l'ouverture faite s'accroît presque immédiatement, ou les jours qui suivent, par ulcération excentrique ; et alors commence la troisième période, celle d'ulcération.

5° *Période d'ulcération.* — Une fois constituée l'ulcération gommeuse de la langue se présente avec les caractères suivants :

Elle est plus ou moins large suivant les proportions acquises par les gommes, quelquefois petite, ne mesurant guère que 3, 4, 5 millimètres de diamètre, d'autres fois plus étendue, bien plus étendue et comparable à une amande, à une fève, à une datte, etc.

Comme forme, elle est assez arrondie, d'autres fois ovalaire, allongée, d'autres fois tout à fait irrégulière et déchiquetée, alors surtout qu'elle siége sur les bords de la langue.

C'est une plaie toujours creuse. Petite, elle est souvent plus creuse que large, évidée en puits. Moyenne d'étendue, elle ne mesure guère moins en profondeur de 3 à 6 millimètres et il n'est pas rare de lui voir former des excavations où se logerait facilement soit une noisette soit une olive.

Ses bords sont toujours nettement découpés, véritablement entaillés à pic. Ils sont de plus comme sculptés sur une aréole dure. Au pourtour de l'ulcère, en effet, se trouve toujours une zône de tissus infiltrés, rénitents, à la surface desquels la muqueuse apparaît rouge, lisse et tendue.

Enfin, le fond de cette plaie est celui de toutes les gommes : c'est essentiellement, si je puis ainsi parler, un fond de mauvais aspect, de mauvaise mine, et cela pour deux raisons : parce que d'abord il est irrégulier, anfractueux, inégal ; parce qu'ensuite il est ou bien revêtu d'enduits jaunâtres, adhérents qu'on ne peut détacher ni par le lavage, ni par le pinceau, ou bien pultacé, putrilagineux, quelquefois même escharifié par places et véritablement bourbillonneux

Remarquez bien, Messieurs, ces divers attributs de la gomme linguale ulcérée. Remarquez surtout cette entaillure à pic, cette excavation nette et profonde, cette aréole dure, étendue, ce fond bourbillonneux. De là, en effet, résulte pour la lésion, qui nous occupe une physionomie sinon absolument pathognomonique, du moins assez spéciale pour être distinctive, en bon nombre de cas, et fixer sûrement le diagnostic.

Période de réparation. — Après élimination de toutes les parties infiltrées, l'ulcère gommeux n'ayant plus raison d'être, se sépare et se cicatrise assez facilement, si peu qu'intervienne un traitement convenable. Et quels sont les phénomènes de cette dernière période ? Exactement ceux qui caractérisent l'évolution progressive de tous les ulcères gommeux. Le fond de la plaie se déterge, prend une physionomie meilleure, s'élève, bourgeonne puis est envahi de la périphérie au centre par le processus cicatriciel.

La cicatrice qui succède est toujours quelque peu déprimée, elle l'est moins cependant qu'on ne pourrait s'y attendre ; car il est remarquable que sur tous les tissus muqueux la réparation semble se faire plus intégralement qu'à la peau. Quelquefois cependant il reste une perte de substance plus ou moins profonde, plus ou moins étendue, se présentant sous forme d'une dépression centrale avec plissement radié.

Non traité au contraire, négligé, irrité même par défaut de soins et d'hygiène locale, l'ulcère gommeux de la langue suit une marche tout autre. D'abord il persiste; et ou bien alors il reste à peu près stationnaire, sans modifications bien marquées, ou bien il progresse par infiltration gommeuse périphérique qui s'ulcère à son tour. En général cependant, il ne progresse que d'une façon très-lente.

Que deviendrait-il, en définitive, s'il continuait à être abandonné à son évolution propre sans médication locale, ni générale ? Cela nous l'ignorons, car nous ne trouvons pas souvent des malades assez insouciants de leur personne pour tolérer de telles lésions, ou pour leur appliquer comme traitement l'expectation pure et simple. Mais ce que nous savons du moins, par expérience, c'est que ces ulcérations gommeuses de la langue peuvent durer longtemps, très-longtemps.

J'en ai vu qui dataient de huit mois, d'un an, de deux ans. Mais il y a plus. Dans la *Lancette Anglaise*, vous trouverez un fait très-curieux, relatif à une ulcération linguale d'origine syphilitique qui « ne remontait pas à moins de 20 années, de 20 années pendant lesquelles le malade n'avait été soumis à aucun traitement interne. Or, soit dit incidemment, cette ulcération si rebelle si chronique, que devint-elle, alors qu'elle fut soumise pour la première fois au traitement mercuriel ? Ce qu'elle devint tient presque du prodige. Dès le 4e jour, elle commença à se cicatriser;

elle fut absolument guérie en 4 semaines. Ainsi pendant 20 ans, absence de traitement et ulcération persistante ; après 20 ans, traitement mercuriel et guérison en 28 jours ! quel fait, entre mille autres, à l'adresse de ceux qui, par je ne sais quel inexplicable aveuglement, nient l'influence thérapeutique du mercure, et proposent de traiter la vérole par l'expectation !

Troubles fonctionnels. Voilà, Messieurs, pour les caractères objectifs de la lésion. Venons actuellement, pour compléter cette symptomatologie, aux troubles fonctionnels qui l'accompagnent.

Et tout d'abord parlons de la *douleur*.

Les gommes de la langue sont-elles ou non douloureuses ? Oui et non, suivant les périodes de la tumeur.

Non, tout d'abord en ce qui concerne la période de début et de formation. La gomme n'est pas douloureuse quand elle naît et se développe. Tout ce que l'on constate, à ce moment, c'est un peu de gêne, d'embarras de la langue, d'agacement, comme celui qui résulterait de la présence d'un corps étranger. C'est là ce que disent tous les malades : « je ne souffre pas, assurément, je n'ai pas de douleur ; mais je sens dans la langue quelque chose qui me gêne. » Un de nos malades me disait qu'il croyait toujours « avoir une arête de poisson fixée dans la langue, » un autre, qu'il y sentait « comme un clou en permanence. »

A la période de ramollissement, on ne peut dire encore que les malades souffrent réellement. Cependant, les phénomènes douloureux commencent à être plus accusés. Ce que produit la lésion à cette époque, c'est une tension pénible, gênante, avec quelques élancements passagers ; symptômes que suffisent bien à expliquer et le ramollissement du noyau gommeux et surtout le léger dégré de processus inflammatoire périphérique qui accompagne habituellement la fonte de la tumeur.

Vient la période d'ulcération. Ah ! alors, oui, la gomme est douloureuse. Mais entendons-nous bien sur ce point, car cela n'est pas sans importance pour le diagnostic, comme nous le verrons plus tard. L'ulcération gommeuse n'est pas douloureuse spontanément. Mais elle devient douloureuse par les excitations étrangères qu'elle subit : telles que le contact avec des aliments durs, épicés, piquants, acides, ou de température élevée; avec la fumée du tabac ; avec une dent ébréchée, qui l'agace et l'escorie à chaque instant etc., etc. Or, comme de ces diverses causes d'excitations, il en est plusieurs auxquelles le malade ne saurait se soustraire, il suit de là qu'à la période d'ulcération la gomme linguale est nécessairement douloureuse ; mais elle ne l'est, je le répète encore, qu'à propos de ces excitations ; et c'est d'ailleurs une particularité que signalent très-explicitement les malades.

Les autres troubles fonctionnels qui accompagnent ces lésions sont essentiellement variables, et variables du tout au tout suivant des conditions diverses.

D'abord au début, à la période de formation, ils font absolument défaut, à ce point que, parfois, comme nous l'avons vu, certains malades sont longtemps avant de s'apercevoir de la lésion qu'ils portent.

Mais voici la tumeur accrue. A ce moment les troubles fonctionnels apparaissent, et ils sont proportionnés au degré de la tuméfaction, au volume morbide de la langue. Si la tuméfaction est peu intense, tout se borne à quelque gêne dans les mouvements de la langue, à un léger embarras de la parole. La tuméfaction est-elle volumineuse, les choses sont différentes. La langue semble alors être trop grosse pour la bouche, comme le disent les malades, elle devient mal à l'aise dans

la cavité buccale et elle est souvent mordue dans la parole ou dans la mastication. De plus, l'articulation des mots est plus ou moins embarrassée, et les malades parlent à peu près comme s'ils étaient atteints de grenouillette ; la mastication est rendue quelque peu difficile par la mobilité moindre de la langue. La déglutition enfin peut être aussi modifiée, surtout si la tumeur occupe les parties postérieures.

A la période d'ulcération, la gêne de ces diverses fonctions est encore plus considérable ; et cette gêne ne tient pas seulement à l'accroissement de volume, elle tient aussi à la douleur, à la sensibilité de la plaie.

La mastication et la déglutition ne sont pas seulement embarrassées, elles sont vraiment pénibles, douloureuses. Enfin à cette époque aussi s'exagère un symptôme, qui, minime dans les périodes précédentes, prend tout à coup un haut degré d'intensité : c'est la *salivation*. Cette salivation est plus ou moins intense suivant le siège et l'irritabilité de la lésion. Toujours très-inférieure, bien entendu, à ce qu'est la salivation mercurielle, elle est comparable à celle que l'on constate dans toutes les plaies de la bouche, quelles qu'en soient l'origine et la nature.

Inutile d'ajouter que ces divers troubles sont très-inégaux d'un sujet à un autre et proportionnés aux divers éléments morbides : étendue de la lésion, acuité du processus ulcéreux, réaction de voisinage plus ou moins intense, soins d'hygiène locale, etc., etc.

Ces mêmes différences s'observent encore relativement à d'autres phénomènes, tels que l'odeur de l'haleine, l'altération du goût, l'état des ganglions.

I. Un mot d'abord sur *l'haleine*. L'haleine est-elle rendue fétide, comme le disent certains auteurs, par les ulcérations gommeuses de la langue ? Cela, je crois, est fort exagéré. Oui, l'haleine est fétide dans le cas d'ulcérations linguales très-étendues, suppurant abondamment, putrilagineuses, pultacées, et surtout gangréneuses. Mais, en dehors de ces cas, qui sont bien loin d'être les plus fréquents, l'haleine, sans être normale, n'est que peu altérée.

Elle est infiniment moins désagréable, par exemple, que chez les sujets affectés de stomatite mercurielle, ou même d'un léger degré d'irritation mercurielle des gencives. Du reste, c'est là un symptôme qui varie essentiellement avec les soins d'hygiène locale.

II. *Pour l'altération du goût*, elle est nulle, si l'ulcération est petite ou moyenne, et si elle siège en avant, sur la pointe ou sur les bords de la langue. Et même on peut dire qu'elle est nulle sur la presque totalité des malades. En quelques cas rares seulement où la langue était affectée dans une grande étendue et sinon transformée en gomme dans sa totalité, du moins tuméfiée en masse, malade en masse, on a signalé une obtusion plus ou moins marquée du sens du goût. Ce n'est là qu'un trouble exceptionnel.

III. *L'état des ganglions* est intéressant à spécifier. Il est incontestable que sur certains malades on a vu les ganglions sous-maxillaires engorgés, coïncidemment avec les tumeurs gommeuses de la langue. J'en avais un exemple sous les yeux dans ces derniers temps. Mais d'une part, cela est exceptionnel ; et très-rares sont les cas dans lesquels on a noté ces engorgements ganglionnaires symptomatiques. D'autre part, il faut remarquer que, dans ces cas, presque toujours il s'était joint à l'élément initial des conditions accessoires susceptibles de retentir sur les ganglions, telles que volume excessif de la langue, inflammation consécutive

à l'ulcération, irritation produite par différentes causes (tabac, dents cariées), excitation buccale entretenue par une salivation abondante. Quoi qu'il en soit il faut nous en tenir aux faits de beaucoup les plus communs, aux faits d'observation courante, et je puis dire, nous pouvons affirmer que la gomme linguale, n'exerce aucune réaction sur les ganglions. Avec la gomme linguale, ganglions intacts, voilà le fait ordinaire, voilà la loi, à laquelle certes bien peu d'exceptions pourraient être opposées.

Telles se présentent les lésions gommeuses de la langue dans la presque généralité des cas, telle en est la forme habituelle. Mais ce tableau resterait incomplet si je ne le faisais suivre d'un court appendice relativement à certains cas d'un ordre beaucoup plus rare : Ces cas se composent de ce que j'appellerai : 1° *la forme confluente de la lésion*, 2° *la forme phagédénique*.

1° *Forme confluente*. Je vous ai dit que le nombre des lésions qui composent l'affection gommeuse de la langue n'était en général que peu élevé. Une, deux, trois tumeurs, voilà ce qu'on observe le plus habituellement. Or, il est des cas où ces lésions se présentent plus nombreuses. On a rencontré simultanément jusqu'à six, sept, huit de ces tumeurs.

J'ai donné mes soins à un malade qui présentait à la face supérieure de la langue sept petits noyaux durs, sphéroïdaux, piriformes ; on aurait dit une langue farcie de noyaux de cerises.

Quand ces noyaux multiples restent petits, comme dans le cas précédent, la langue est à peine déformée ou même elle ne l'est pas et cette confluence inusitée des nodules gommeux ne modifie pas le symptomatologie usuelle de la maladie. Mais lorsque ces noyaux confluents deviennent plus volumineux, lorsqu'ils prennent les proportions d'une noisette, d'une olive ou d'un œuf de pigeon, inutile de dire qu'ils altèrent profondément la forme de la langue, qu'ils la défigurent, qu'ils la bossèlent de la plus étrange façon ; inutile de dire aussi qu'ils en augmentent singulièrement le volume. C'est alors qu'on a affaire à ces langues qui ne sont plus des langues quant à la forme, quant à l'aspect ; à ces langues mamelonnées, maronnées, gigantesques, je dirai presque *éléphantiasiques* ; à ces langues pour lesquelles la bouche n'est pas assez large, qui débordent les arcades dentaires, dépassent l'orifice buccal et viennent pendre au-devant du menton. On a même vu de ces langues énormes, qui dépassaient le menton dans leur procidence.

Tel est le cas suivant que j'emprunterai à M. J. Cloquet. Un malade était affecté de quatre tumeurs gommeuses linguales chacune grosse comme une petite noix. Sous l'influence de ces lésions, dont l'origine remontait à 15 ou 18 mois la langue avait pris un développement monstrueux ; elle avait été chassée de la bouche « et descendait à trois pouces au-dessous du menton. Le malade ne pouvait « parler que d'une façon presque inintelligible ; il ne respirait et n'avalait qu'avec « une extrême difficulté ; il était inondé d'une très-abondante salive. »

Plusieurs médecins avaient considéré l'affection comme de nature cancéreuse. Mandé en consultation près du malade, M. Cloquet reconnut ou soupçonna une lésion syphilitique, et prescrivit le bi-chlorure de mercure. Après huit mois de ce traitement la langue était complétement rentrée dans la bouche ; vingt mois plus tard, la guérison était complète.

Les cas de ce genre, au reste, sont excessivement rares, tout-à-fait exceptionnels ;

et quant à l'observation de M. Cloquet, elle n'a pas, je crois, de rivale dans la science.

2° *Forme phagédénique.* Les ulcérations gommeuses de la langue sont souvent profondes et excavées sans être pour cela phagédéniques. Et très-rares, en somme, sont les lésions tertiaires de cet organe aboutissant au phagédénisme.

En quelques cas cependant ou a vu le phagédénisme tertiaire sévir à la longüe et cela soit sous la forme serpigineuse, soit la sous forme térébrante.

Les *ulcérations serpigineuses* de la langue sont presque toujours des ulcérations qui, nées sur les bords ou vers la partie médiane, se portent ensuite en arrière, vers la base de l'organe et tendent à descendre jusque dans la rigole glosso-laryngée, au-devant de l'épiglotte.

Les *ulcérations térébrantes* sont plus rares encore. J'en ai observé, il y a deux ans, un cas curieux, digne d'être cité. Dans le cours d'une syphilis féconde en accidents graves, un malade fut affecté d'une lésion gommeuse de la langue, siégeant sur le côté droit, au niveau des grosses molaires. Cette lésion ne tarda pas à s'ulcérer.

Presque immédiatement l'ulcération s'élargit, se creusa, devint gangréneuse, et arriva bientôt à mesurer 6 à 7 centimètres de long sur 2 de large avec une profondeur de 12 à 15 millimètres environ. Un traitement énergique fut mis en œuvre, et cette lésion guérit. Trois mois plus tard, la cicatrice qui était toujours restée dure s'ouvrit subitement derechef, l'ancienne ulcération se reconstitua dans toute son étendue, s'élargit encore, et envahit tout un côté de la langue. On voyait là une cavité énorme, creusée dans la langue, cavité où l'on aurait facilement logé tout le pouce. Le fond de cette *caverne* gommeuse était absolument gangréneux ; et quand, pour déterger les parties, je promenais sur elles un pinceau de charpie, j'en détachais une véritable bouillie pultacée d'un vert noirâtre, horriblement fétide et contenant des lambeaux escharifiés de parenchyme lingual. C'était la langue qui s'en allait en deliquium de la sorte ! L'état général, qui accompagnait cette gangrène était des plus alarmants, à ce point que je conçus des craintes sérieuses pour la vie.

Le malade guérit cependant, après plusieurs mois d'une médication mixte par les frictions mercurielles, l'iodure de potassium et les toniques.

DIAGNOSTIC.

Ici, comme dans la plupart des lésions dont nous aurons à parler cette année, la question véritablement pratique, la question importante par excellence, est celle du diagnostic. Et ici, plus qu'ailleurs, cette question demande à être étudiée avec soin, car la plupart des lésions qui peuvent être confondues avec les affections tertiaires de la langue, sont des lésions peu communes, mal connues, décrites seulement jusqu'alors dans des monographies et n'ayant pas encore droit de cité dans les classiques. Vous allez en juger.

Je ne parlerai tout d'abord que pour mention *du chancre induré lingual*, comme lésion possible à confondre avec celles qui m'occupent.

Sans doute le chancre lingual peut bien affecter quelque ressemblance objective avec certaines lésions tertiaires indurées et circonscrites, comme celles par exemple que nous avons décrites sous le nom de glossite plastique exulcéreuse.

Mais, il s'en distinguera aisément par l'analyse approfondie des symptômes et surtout par l'évolution morbide.

Le chancre d'abord n'est pas une ulcération, au moins en général ; c'est une

érosion le plus habituellement. De plus, il a une adénopathie significative, qui fait défaut avec les syphilides tertiaires. Enfin et surtout, le chancre est une lésion qui inaugure la syphilis, qui sert d'exorde à toutes les autres lésions syphilitiques, tandis que les syphilides tertiaires de la langue sont les lésions, qui succèdent à d'autres, qui ont devant elles toute une série morbide d'accidents spéciaux.

En réalité, c'est avec d'autres lésions que doit être agité le diagnostic différentiel des syphilides tertiaires de la langue, à savoir : *la glossite dentaire, la glossite des fumeurs, la glossite tuberculeuse et le cancroïde.*

1° *Glossite dentaire.* — On peut donner ce nom à certaines lésions de la langue, se produisant au contact de dents ébréchées, de dents à pointe ou à arêtes tournées vers la langue.

Lorsqu'un coin de la langue se trouve en contact avec une dent cassée, ébréchée, à sommet aigu ou à arête coupante, il s'enflamme, il s'érode ; un noyau de phlegmasie chronique se développe en ce point, noyau dur, rénitent. Des érosions incessamment renouvelées se produisent par le fait du frottement assidu avec cette dent ébréchée, et finissent après un certain temps par dégénérer en une ulcération véritable.

Or, cette ulcération reposant sur ce fond induré, cette ulcération de forme persistante et chronique peut très-bien simuler une syphilide ulcéreuse. Et, en effet, nombreuses sont les erreurs qui ont été commises à ce sujet. C'est ce que m'assurait ces derniers jours encore un dentiste distingué, ancien interne des hôpitaux, M. le Dr Delestre, que je suis allé consulter à ce sujet. « Il ne se passe pas de « semaine, me disait-il, où je ne sois consulté pour des cas de ce genre, et parmi « les malades que je vois il en est bon nombre qui, sans avoir eu jamais la syphilis, « sont traités néanmoins par le mercure, en raison seulement de ces ulcérations « dentaires considérées à tort comme syphilis. »

Il suffit cependant d'être averti de la possibilité d'une telle erreur pour l'éviter. On reconnaîtra très-facilement cette glossite dentaire à la constatation de la lésion qui lui sert d'origine, c'est-à-dire à la dent ébréchée et ébréchée de façon à pouvoir ulcérer la langue.

Circonscription de la lésion et rapport de voisinage avec la dent coupable, voilà ce que doit trouver immédiatement le diagnostic ; comme confirmation, ajoutons que le limage ou l'avulsion de cette dent suffit à dissiper la lésion en quelques jours. Ce n'est donc pas là, à vrai dire, un diagnostic différentiel à instituer ; c'est là seulement la possibilité d'une méprise grossière à connaître, et cette possibilité connue, l'erreur sera de suite évitée.

2° *Glossite des fumeurs.* — Parmi les méfaits les plus authentiques du tabac à fumer, figure, vous le savez, une stomatite très-spéciale, stomatite ayant pour habitude d'affecter principalement la langue, de créer une glossite d'un genre non moins spécial.

Or, cette glossite, quand elle a atteint un degré assez avancé, peut être confondue avec les syphilides tertiaires de la langue. De cela témoigne la pratique courante. Et, pour ma part, je vois bien certainement, par année, une douzaine d'individus, qui, coupables simplement d'une passion exagérée pour le tabac, se croient syphilitiques ou ont été traités comme tels, de par les lésions que le tabac a développées dans leur bouche.

Parvenue, en effet, à ce haut degré, la glossite se traduit par les phénomènes

suivants. La langue est considérablement modifiée comme aspect; elle est inégale comme surface, mamelonnée : ses bords sont irréguliers et comme tuberculeux ; elle est couverte sur sa partie médiane d'une sorte de pellicule blanchâtre, laquelle est entrecoupée de stries et de sillons dirigés en tous sens ; elle est indurée dans une étendue variable, soit partiellement sur ses bords, soit dans son tiers ou sa moitié antérieure ; elle est enfin érodée en divers points, et, à un degré extrême, véritablement *ulcérée*. Les ulcérations qui se produisent alors, seules lésions qui nous intéressent, sont variables d'aspect. Souvent elles sont multiples, disséminées, superficielles, n'entamant que les parties les plus extérieures du derme muqueux ; mais quelquefois aussi elles sont plus creuses, assez étendues, égalant comme diamètre une pièce de 50 centimes ou une amande, reposant sur un tissu induré, offrant un fond irrité, rouge ou jaunâtre et de mauvais aspect, etc. C'est dans ces dernières conditions qu'elles peuvent surtout être confondues avec des syphilides ulcéreuses.

Comment, en pareil cas, sera-t-on éclairé sur la nature de ces lésions? Par les trois considérations très-simples que voici :

1° Commémoratifs — (abus exagéré, abus chronique du tabac);

2° Ancienneté de la lésion, chronicité. — On n'arrive à ce dégré extrême de stomatite nicotique que lentement, progressivement, après de longues années. La bouche est donc malade de vieille date ;

3° Coexistence avec les ulcérations de la langue d'autres lésions tout à fait pathognomoniques, à savoir les *plaques nacrées* du tabac. On appelle ainsi cette apparence blanchâtre, cette sorte d'enduit pelliculaire lisse et blanc qui couvre la langue des fumeurs émérites, et qui ressemble assez bien à ce que serait la langue recouverte de collodion ou récemment cautérisée avec le nitrate d'argent. Ces plaques nacrées ne se rencontrent dans aucune autre maladie, même dans l'affection dite psoriasis de la langue, et sont le témoignage irrécusable de la glossite du tabac. De plus, ces plaques nacrées ne siégent pas seulement sur la langue, elles occupent aussi d'autres points de la muqueuse buccale et notamment un point de prédilection où elles ne manquent jamais, à savoir la *face interne des joues*, *tout près des commissures labiales*.

Grâce à ces caractères, grâce aussi à d'autres considérations qu'il serait superflu de rappeler ici (antécédents, accidents actuels de syphilis), la glossite des fumeurs se distingue assez facilement, au moins en général, des syphilides ulcéreuses.

Là n'est donc pas l'embarras. Mais l'embarras commence, quand il y a sur le même malade combinaison des deux influences morbides : tabac d'une part, syphilis d'autre part. En pareil cas, il est souvent difficile, impossible même parfois, d'établir un diagnostic différentiel. Pour le dire en passant, rien de plus singulier comme accidents, rien de plus rebelle aussi que ces lésions complexes de la syphilis et du tabac sur la langue.

Certains malades se présentent dans un état véritablement affreux. Leur langue n'offre plus un centimètre carré de tissu normal ; elle est indurée dans son tiers ou sa moitié antérieure ; toute déformée sur ses bords, blanche et nacrée sur certains points ; érodée ou ulcérée sur d'autres, et cela dans une grande étendue ; contuse, bridée de cicatrices anciennes, vestiges d'anciennes ulcérations ; parcourue en tous sens par des stries érosives ou des sillons ulcéreux et saignants. Et j'ajouterai : rien de plus difficile à guérir qu'une telle lésion, en raison des mauvais

tissus auxquels on a affaire, tissus évidemment modifiés dans leur texture par l'habitude invétérée du tabac, tissus *cuits*, tissus *fumés*, comme disait M. Ricord, et aussi tissus de cicatrice, qui se prêtent mal au travail réparateur et qui s'ulcèrent à nouveau sous la moindre excitation. De là nécessairement lenteur et difficulté de la cicatrisation.

3° *Glossite tuberculeuse.* — Vous savez que sous l'influence de la diathèse tuberculeuse, il se produit parfois dans la bouche des ulcérations non pas seulement analogues, mais identiques de nature avec celles de la phthisie laryngée et de la phthisie intestinale.

Cette affection, qui, bien mise en lumière par M. Ricord, a reçu le nom de *Phthisie buccale*, se porte de préférence sur la langue et se traduit là par des ulcérations plus ou moins étendues, plus ou moins creuses, variables d'aspect et pouvant simuler la syphilide ulcéreuse.

Pour différencier ces lésions des syphilides ulcéreuses, il est peu de compte à faire de leurs caractères objectifs c'est-à-dire des caractères de leur fond, de leurs bords, de l'état de leur base, de leur forme, de leur étendue, etc. . . . . voire même de ces taches jaunâtres de voisinage signalées par M. Trélat comme un bon caractère propre à en déterminer la nature, taches qui du reste sont loin d'être constantes et que, pour ma part, je n'ai que rarement constatées. Tout cela est sujet à variétés, tout cela n'offre que des présomptions souvent trompeuses, si bien que le diagnostic, en bon nombre de cas, ne peut être établi que sur des considérations plus générales et d'un autre genre, telles notamment que les deux suivantes :

1° Notion des antécédents et des accidents actuels. Le malade a-t-il eu ou non la syphilis antérieurement ? Présente-t-il ou non, actuellement, quelqu'autre symptôme de syphilis ?

2° Examen de la constitution. Voilà le signe par excellence, voilà le critérium médical à consulter. Le plus souvent, en effet, les granulations tuberculeuses se produisent chez des sujets déjà phthisiques, qui portent, soit des lésions pulmonaires, soit même des lésions laryngées. Dans ce cas, le diagnostic de la lésion pulmonaire ou laryngée fait le diagnostic de la lésion linguale.

Quelquefois, il est vrai, mais plus rarement, ces lésions se produisent comme phénomènes avant-coureurs de la phthisie. Mais alors, si le poumon n'est pas tuberculeux, l'individu l'est déjà d'aspect. Il a le fond tuberculeux, il a l'habitus, le facies des tuberculeux, il a la constitution de la tuberculose, il en a surtout les antécédents.

Que si, par impossible, ce critérium venait à manquer, le caractère éminemment rebelle et incurable de la glossite tuberculeuse servirait, à lui seul, à fixer le diagnostic. Les syphilides ulcéreuses, en effet, guérissent facilement en général, sous l'influence des spécifiques ; la glossite tuberculeuse ne guérit jamais, résiste à tous les modificateurs généraux ou locaux.

Cancroïde. — Vient en dernier lieu le cancroïde, qu'il importe plus que toute autre lésion de différencier de la syphilide tertiaire de la langue.

Quel intérêt pratique se rattache au diagnostic différentiel du cancroïde et des syphilides ulcéreuses, je pourrais, si vous ne le saviez déjà, vous le faire comprendre d'un mot en vous disant ceci : Que plus d'une fois on a coupé des langues affectées de prétendus cancroïdes qui n'étaient que des gommes, et pour lesquelles l'iodure aurait pu remplacer le bistouri ; que plus d'une fois on a guéri par

l'iodure de potassium des lésions linguales réputées cancéreuses et qui n'étaient que des gommes en réalité.

Exemple entre autres, le fait précité de M. Cloquet. Exemple aussi l'observation suivante de Lallemand : Une malade présentait une tumeur linguale d'un aspect tel qu'on l'avait diagnostiquée *cancer* et que de plus, fort heureusement, on avait jugée inopérable. « En désespoir de cause », et pour administrer quelque chose, on administre « les anti-vénériens » : la malade fut guérie.

Examinons donc avec soin sur quelle base repose le diagnostic différentiel de ces deux lésions.

Ce n'est guère qu'à la période d'ulcération que le cancer peut être confondu avec la syphilide gommeuse ; car auparavant, l'aspect, la forme, la dureté de la tumeur ne permettent pas l'erreur. Mais une fois l'ulcération produite, c'est une autre affaire. Le doute peut être permis, sinon toujours, du moins en certains cas. D'après quels signes la confusion pourra-t-elle être évitée ?

On aura d'abord quelques présomptions diagnostiques, tirées de l'âge du malade, des antécédents héréditaires, du siége de la tumeur, etc.

Le cancer est, en effet, surtout une maladie de l'âge mûr, et plus encore d'un âge avancé ; son maximum de fréquence est entre 50 et 70 ans (Anger). Les lésions syphilitiques s'observent en général à une période moins reculée de la vie. Le cancer est souvent héréditaire et cela dans la proportion d'une fois sur sept. Rien de semblable pour les lésions syphilitiques.

Un autre caractère peut être tiré du siége de la lésion. Le cancer affecte surtout la pointe et les bords de la langue, les lésions syphilitiques se produisent de préférence vers les parties moyennes.

Mais ce ne sont là, Messieurs, vous l'avez déjà compris que des présomptions, et des présomptions assez hypothétiques, assez sujettes à caution pour qu'on ne puisse instituer sur elle un diagnostic sérieux. Bien autrement importants sont les signes cliniques. Commençons par le meilleur.

Le cancroïde est une tumeur. Cette tumeur a beau s'être ulcérée en surface, c'est encore et c'est toujours une tumeur. Même dans sa forme rongeante « rentrante », où l'ulcère est déprimé par perte de substance, le cancer a encore une base comme tumeur, et une base bien autrement appréciable, et bien plus franchement indurée que la base des syphilides ulcérées.

La gomme ulcérée, inversement, est une *ulcération sans tumeur véritable.* Il se peut bien qu'elle repose sur des tissus durs, sur un fond induré, et induré soit par infiltration gommeuse, soit par néoplasie inflammatoire ; mais ce fond ne forme pas une tumeur à proprement parler, une tumeur aussi distincte, aussi nette, que l'est la tumeur du cancroïde. Dit-on par exemple que le fond engorgé d'un ulcère variqueux constitue une tumeur au-dessous de cet ulcère ?

Voilà un premier signe, et voilà aussi le signe majeur sur lequel, d'instinct ou par expérience, on établit le diagnostic différentiel du cancroïde et de l'ulcère gommeux. Ajoutons à ce signe quelques autres considérations, d'ordre moins important. Ainsi :

Le cancroïde est unilatéral, *azygos*, selon l'expression de M. Ricord, les ulcères gommeux sont quelquefois multiples.

Le crancoïde est plus fongueux, plus saignant que l'ulcère gommeux ; moins gris, moins bourbillonneux, non entaillé à pic, moins évidé, plus bourgeonnant

que l'ulcère gommeux ; il sécrète un ichor plus fétide, il détermine des troubles locaux plus accentués, et il est notamment plus douloureux.

Un dernier et excellent signe différentiel, dont il n'est pas toujours permis malheureusement de se servir, c'est l'état *des ganglions*. Au début pas d'engorgement ganglionnaire ni dans l'une ni dans l'autre affection ; à une période un peu plus avancée les ganglions sont assez fréquemment engorgés dans le cancer ; ils restent au contraire intacts avec la gomme.

Telles sont les considérations sur lesquelles peut être institué le diagnostic du cancroïde et de la gomme, sans parler, bien entendu, des commémoratifs, des accidents actuels de syphilis, etc., considérations sur lesquelles je me suis étendu à propos des généralités sur les lésions tertiaires de la syphilis et sur lesquelles je n'ai pas à revenir.

Finalement, en cas de doute, avant de se décider à prendre le bistouri, il y a nécessité évidente à recourir à ce qu'on appelle l'*épreuve thérapeutique*, s'il y a doute et même si la qualité cancéreuse n'est pas absolument démontrée, démontrée sans contradiction possible, l'indication formelle, l'indication absolue est de tenter le traitement par les spécifiques avant d'opérer. Pour justifier ce précepte, rappelez-vous le cas de Cloquet et le cas de Lallemand, auxquels tant d'autres pourraient encore s'ajouter.

PRONOSTIC. — Quant au pronostic des affections que nous venons d'étudier, il ne me reste rien à vous en dire après l'exposé qui précède. D'une part, nous avons vu que les lésions tertiaires de la langue sont des affections sérieuses, importantes, mais d'autre part, vous avez vu aussi que ce ne sont pas, sauf exceptions rares, des affections qui menacent la vie. Elles ne deviennent graves le plus généralement qu'en s'irradiant vers le larynx, c'est-à-dire en se compliquant de lésions d'un autre siége que nous étudierons plus tard.

Ce qui d'ailleurs en atténue singulièrement le pronostic, c'est que dans la plupart des cas elles cèdent assez facilement à la médication spécifique, du moins quand elles ne sont pas entretenues par des causes d'irritation locale.

Enfin, quel traitement leur est applicable ? Ce traitement, Messieurs, est celui de l'affection tertiaire de la cavité buccale ; je ne vous en parlerai pas aujourd'hui, me réservant de vous l'exposer en détail quand nous aurons achevé l'étude de cet ordre de lésions.

COURS COMPLÉMENTAIRES DE LA FACULTÉ

Cours de M. Fournier, sur la *Syphilis tertiaire*

Recueilli par M. Porak, interne des hôpitaux.

VI.

Lésions tertiaires du voile du palais.

Messieurs,

Les lésions tertiaires du voile du palais, auxquelles nous joindrons, comme annexe naturelle, celles des amygdales, nous occuperont aujourd'hui.

Si l'intérêt d'une maladie se mesure soit à sa fréquence, soit à la gravité des accidents qu'elle peut déterminer, soit au secours efficace que l'art peut lui fournir, nulle maladie ne mérite mieux à ce triple point de vue une étude attentive que celle dont je vais vous entretenir.

D'une part, en effet, les lésions du voile palatin sont extrêmement communes, si communes que dans nos services nous en avons toujours en permanence et que vous en rencontrerez dans tous les services d'hôpitaux non consacrés aux affections vénériennes ; en second lieu, il peut résulter de la localisation de la syphilis tertiaire sur le voile du palais une double infirmité persistante qui, bien que n'intéressant pas la vie, ne laisse pas que d'être grave, parce qu'elle compromet de la façon la plus sérieuse deux fonctions essentielles, la déglutition et la phonation ; et enfin, il n'est pas d'affection où l'art soit plus puissant qu'ici, pour prévenir ou pour guérir des lésions sérieuses. Il est peu de cas où le médecin soit, comme ici, ou bien exposé à laisser se produire des lésions graves et irréparables, s'il méconnaît la maladie et s'il ne sait pas lui porter remède à temps ; ou plus maître de parer à des dangers urgents et de prêter à son malade le plus efficace secours. C'est donc, Messieurs, un sujet pratique par excellence que nous allons aborder aujourd'hui.

Les lésions tertiaires du voile du palais et des amygdales ne diffèrent en rien, nosologiquement et histologiquement, des lésions tertiaires des autres muqueuses, non plus que des lésions cutanées tertiaires qui nous ont précédemment occupés. Ici encore, comme dans les autres départements muqueux de la bouche, on rencontre des lésions de divers ordres, qui sont exactement celles que nous avons étudiées sur la langue.

Ces lésions se divisent naturellement en deux groupes :

1° *Syphilides ulcéreuses*, pour lesquelles l'ulcération constitue le phénomène clinique essentiel et primordial, pour lesquelles, tout au moins, l'ulcération ne succède pas à la fonte d'une tumeur primitivement solide ;

2° *Syphilides gommeuses*, consistant, comme toutes les lésions gommeuses, en des productions morbides, originairement solides, qui plus tard se ramollissent et ulcèrent les téguments.

Ici encore, comme ailleurs, ces lésions gommeuses peuvent affecter, ou la

muqueuse même, ou les tissus sous-muqueux. Mais ici, telles sont les conditions anatomiques de la région que ces deux ordres de lésions se confondent ou du moins sont confondus cliniquement. Vous savez, en effet, ce qu'est le voile du palais : une sorte de cloison musculo-membraneuse, constituée par deux feuillets muqueux que séparent une mince aponévrose et des couches musculaires remarquablement grêles. Cette cloison, même au niveau de ses bords, se réduit à deux feuillets muqueux adossés, entre lesquels s'interpose seulement une couche de tissu cellulaire lâche ; de telle sorte que là, le voile n'est plus constitué que par une membrane d'une ténuité extrême. Aussi, lorsqu'un dépôt gommeux vient à se produire dans un organe de si faible épaisseur, est-il difficile, impossible même, pour la plupart des cas, de spécifier le siége qu'il a affecté originairement. D'emblée, la lésion semble intéresser *tout* le voile, et il n'est pas en notre pouvoir de déterminer si elle s'est circonscrite à la muqueuse ou si elle a envahi simultanément les parties plus profondes. La gomme muqueuse et la gomme sous-muqueuse présentent donc presque toujours des symptômes objectifs identiques et ne peuvent être différenciées cliniquement ; cela nous permettra de les réunir dans une description commune.

1° *Syphilides ulcéreuses du voile palatin.*

Ce premier groupe de lésions n'a qu'une importance tout-à-fait secondaire relativement à celui que nous décrirons plus tard sous le nom de *gommes palatines.*

D'une part, en effet, il est constitué par des lésions qui, sans être positivement rares, sont cependant peu fréquentes, moins fréquentes assurément que celles d'autres siéges, que celles par exemple des lèvres, de la langue, de la muqueuse génitale, etc.

D'autre part, ces lésions ne présentent aucun caractère qui les recommande spécialement à l'attention. Elles sont là ce qu'elles sont ailleurs, ce qu'elles sont toujours, à savoir : des *ulcérations*, c'est-à-dire, des entamures du derme muqueux et des ulcérations assez variables comme attributs objectifs, ainsi que vous allez le voir.

Ces ulcérations, d'abord, sont plus ou moins étendues. Le plus habituellement elles sont comparables comme diamètre à une pièce de quatre sous ou à une amande. Elles n'atteignent qu'assez rarement des proportions plus considérables. On en voit cependant qui mesurent 2 ou 3 centimètres de long sur 1 centimètre ou 1 centimètre et demi, ou même 2 centimètres de large.

En second lieu, elles sont plus ou moins creuses. Quelquefois elles entament véritablement le voile palatin ; le plus habituellement toutefois elles restent relativement superficielles. Leurs bords, en conséquence, varient d'élévation. Leur fond est ou jaunâtre, ou jaune gris, ou jaune rougeâtre ; quelquefois il est tapissé d'enduits adhérents blanchâtres, opalins, comme pseudo-membraneux. Leur forme est arrondie ou ovalaire dans la plupart des cas ; il n'est pas rare cependant qu'elle soit indécise et irrégulière. Leur contour enfin est presque toujours bordé d'une aréole rouge ou purpurine.

Bien que limitées comme étendue et peu importantes au total comme lésions, ces syphilides ulcéreuses du voile ne laissent pas, en certains cas, de déterminer des troubles fonctionnels plus ou moins marqués. Sans être douloureuses par elles-mêmes, elles déterminent, en raison des fonctions dévolues à l'organe qu'elles affectent, une gêne locale qui se traduit de la façon suivante : sensibilité habituelle, permanente,

de la gorge, avec sécheresse et cuisson ; difficultés de mastication et surtout de déglutition ; les aliments sont *sentis* dans la bouche ; acides, épicés ou trop chauds, ils deviennent douloureux ; et de plus, hypersécrétion salivaire, entretenue par la présence des ulcérations, sollicitant de fréquents besoins d'avaler et contribuant de la sorte à renouveler les douleurs.

Notons cependant qu'en d'autres cas ces divers symptômes font absolument défaut. J'ai vu plusieurs fois des syphilides ulcéreuses du voile rester latentes et *ignorées* des malades, tant elles étaient indolentes. Ces derniers jours, nous avons reçu dans nos salles une malade qui venait réclamer nos secours pour des accidents cutanés : investigations faites, nous avons découvert sur cette femme une syphilide ulcéreuse qui entaillait assez profondément l'un des piliers du voile et qui l'avait même échancré ; or la malade n'avait en rien appelé notre attention sur ce point ; elle ne se plaignait nullement de la gorge ; elle n'y avait jamais éprouvé la moindre douleur, la moindre gène, disait-elle, et elle fut étonnée quand nous lui montrâmes dans une glace la lésion qu'elle portait au palais.

Non traitées, négligées, excitées par des irritants locaux (tels que le tabac, par exemple), ces syphilides ulcéreuses du voile persistent, et persistent soit en restant stationnaires, soit en s'élargissant. En tous cas, elles durent longtemps, très-longtemps sans tendance à la réparation spontanée.

Traitées, elles se réparent assez facilement et se cicatrisent. Rarement la cicatrice qu'elles laissent à leur suite reste déprimée et permanente. Presque toujours au contraire, elle est superficielle et finit par s'effacer.

Enfin, après cicatrisation, ces syphilides peuvent récidiver soit *in situ* soit au pourtour de leur siége primitif.

Au total donc, comme vous le voyez, Messieurs, ce ne sont là que des lésions assez bénignes, bénignes surtout relativement à celles dont je vais vous entretenir dans quelques instants. Il est extrêmement rare, en effet, que les syphilides ulcéreuses s'étendent ou se creusent d'une façon inquiétante pour l'intégrité du voile, et jamais je ne les ai vues pour ma part déterminer de perforations. Je n'ai observé qu'un seul cas jusqu'ici dans lequel une ulcération de cette nature, originairement développée sur un des piliers, prit une tendance phagédénique assez redoutable. Cette ulcération d'apparence gangréneuse envahit une portion du voile et se creusa assez profondément, en déterminant de très-vives douleurs ; pendant trois à quatre semaines, le malade éprouva des difficultés excessives de déglutition et ne put se nourrir que de liquides et de panade. Le traitement spécifique vint à bout cependant de cette lésion. Mais elle n'était pas guérie depuis une quinzaine que, subitement, elle récidiva *in situ*. Une ulcération nouvelle se reconstitua dans l'emplacement de l'ancienne, prit comme la précédente l'aspect gangréneux, s'élargit et reproduisit d'excessives douleurs de gorge auxquelles s'ajoutèrent des douleurs d'oreille qui ne s'étaient pas manifestées lors de la première crise. Une seconde fois le traitement triompha du mal, et, chose curieuse, la guérison fut obtenue sans délabrements véritables, au seul prix d'une cicatrice assez superficielle.

Un fait particulier à ne pas oublier ici, c'est que les lésions dont nous traitons actuellement ne se produisent pas seulement à la face antérieure du voile palatin. Elles affectent parfois la *face postérieure* de ce voile. Là, bien entendu, elles se dérobent à l'examen et ne peuvent être rendues appréciables que par l'inspection rhinoscopique. Je crois, et l'expérience me permet d'affirmer que bon nombre de ces

singuliers maux de gorge syphilitiques qui semblent se produire sans lésion et que n'explique pas l'examen direct des parties, ne sont dus en réalité qu'à la présence des syphilides ulcéreuses situées *derrière le voile*, c'est-à-dire en un point où elles échappent à la vue et ne peuvent être décélées que par une exploration spéciale, délicate, souvent même difficile. Ces maux de gorge prétendus *sine materiâ* ne sont souvent, comme j'ai pu m'en convaincre, que l'expression subjective de lésions *rétro-palatines*.

Conséquence clinique : Ces lésions rétro-palatines devront être recherchées par l'examen au rhinoscope. Et cet examen sera impérieusement indiqué chaque fois que les malades accusent des douleurs de gorge persistantes, profondes, avec besoin fréquent de tousser, l'exploration directe des parties ne rendra pas compte de tels symptômes. A fortiori sera-t-on invité plus naturellement encore à pratiquer cette exploration si l'on constate sur la face antérieure du voile un certain degré de rougeur morbide, symptôme par lequel s'accusent quelquefois les ulcérations rétro-palatines.

Enfin, comme variétés très-rares de ces lésions de voile, je vous signalerai un cas dans lequel j'ai vu constater avec des ulcérations tertiaires une sorte de *papillôme végétant*. Voici le fait.

Sur un malade, dont la syphilis remontait à sept années, tout le palais était devenu depuis quelques mois le siége d'une lésion des plus bizarres. Sur quelques points d'abord existaient des ulcérations identiques d'aspect à celles que je viens de vous décrire. De plus, au voisinage de ces ulcérations, la plus grande partie du voile et des piliers était couverte de saillies granuleuses, végétantes, les unes mamillaires, hémisphériques, verruqueuses, les autres allongées, effilées en languettes, papillaires de forme, semblables à de longues papilles hypertrophiées. Ces deux ordres de lésions guérirent simultanément sous l'influence du traitement spécifique et de cautérisations plusieurs fois répétées. J'ai vu que j'étais resté dans un certain doute relativement à la nature spécifique de ces productions papillaires, n'ayant eu qu'une seule fois l'occasion de les observer. Mais, visitant ces derniers jours le musée de l'hôpital Saint-Louis, j'ai été frappé d'y rencontrer le moulage d'un cas absolument identique à celui de mon malade. Or, ce cas, qui appartient à mon collègue et ami le Dr Besnier, a été recueilli comme le mien sur un sujet syphilitique, à la période tertiaire. Il semblerait donc difficile, d'après cela, de révoquer en doute l'origine spécifique de ces productions végétantes de la gorge, lesquelles constituent vraisemblablement une sorte de *Syphilide papillomateuse*.

Bien plus fréquentes sont les syphilides ulcéreuses des *Amygdales*.

Celles-ci encore n'ont que peu ou pas de caractères distinctifs. Elles consistent simplement en des ulcérations analogues d'aspect à celles que nous venons d'étudier sur le voile. Ce sont des plaies anfractueuses, et anfractueuses en raison même du siége qu'elles occupent ; généralement grisâtres ou jaunâtres, quelquefois pultacées, blanchâtres et comme pseudo-membraneuses ; plus ou moins étendues ; tantôt n'occupant qu'une partie de l'amygdale, tantôt s'étalant sur toute la région ; le plus habituellement indolentes ou peu douloureuses ; quelquefois cependant éveillant une certaine réaction de voisinage et s'accompagnant alors de douleur dans la déglutition, de gêne continue dans l'arrière-gorge, de bourdonnements et d'élancements d'oreilles, etc.

On a vu parfois l'amygdale être fortement entamée et détruite presque complè-

tement par des ulcérations syphilitiques tertiaires. J'ai même observé quelques cas dans lesquels la loge amygdalienne a été absolument évacuée, littéralement vidée par des lésions de ce genre. A vrai dire toutefois, je crois sans oser l'affirmer (car la preuve est difficile à faire ici), que ces destructions totales des amygdales sont moins le résultat de simples syphilides ulcéreuses que d'ulcérations consécutives à des gommes, à de véritables infiltrations gommeuses.

2° *Gommes du voile du palais.*

Cela dit sur le premier groupe des lésions palatines tertiaires, arrivons au sujet plus important, au sujet essentiel qui doit nous occuper aujourd'hui, c'est-à-dire aux gommes du voile palatin.

La gomme ne diffère pas au voile du palais de ce qu'elle est ailleurs. Ici encore, comme ailleurs, elle consiste originairement en un néoplasme solide, qui plus tard se ramollit, s'ouvre, et dégénère finalement en une ulcération des téguments cutanés. Mais des conditions de siége lui impriment ici une allure particulière et déterminent surtout des lésions spéciales qu'il importe d'examiner en détail.

Suivons donc la gomme dans les diverses périodes de son évolution et voyons à quels phénomènes elle donne lieu dans chacune de ces périodes.

I. — La gomme, tout-à-fait à son début, consiste en une petite tumeur solide, dure, aphlegmasique, soulevant la muqueuse, figurant à peu près ce que serait un corps étranger (un noyau de cerise par exemple) introduit dans le voile, entre ses deux feuillets muqueux.

Sa forme et son volume à cette époque sont comparables, soit à un petit pois, dans les cas où la tumeur est sphéroïdale, soit à une amande, lorsque la tumeur initiale est aplatie.

Le siége qu'elle affecte est variable : on l'observe le plus habituellement sur la portion aplatie du voile, soit vers la région médiane, soit sur l'un ou l'autre des côtés, presque indifféremment ; quelquefois latéralement, vers les piliers ; quelquefois aussi vers le segment latéro-postérieur, avec ou sans participation de la luette ; plus rarement enfin sur la luette isolément.

Mais disons immédiatement qu'il est extrêmement rare de constater la gomme du voile sous cette forme tout-à-fait initiale. On n'a que bien peu d'occasions de l'observer ainsi à l'état de tumeur isolée, circonscrite, dure et aphlegmasique. Ce n'est certes pas 1 fois sur 30 ou 40 qu'on la rencontre à cette période embryonnaire. Et pourquoi ? Parce que de deux choses l'une : ou bien la gomme passe inaperçue du malade à cette période, et cela pour la bonne raison qu'elle n'excite ni douleur, ni trouble fonctionnel d'aucun genre ; ou bien le malade s'en aperçoit ; il remarque qu'il porte au palais une grosseur, quelque chose comme un petit noyau ; mais cette grosseur est absolument indolente, ce noyau n'est en rien gênant ; de sorte que le malade ne s'en inquiète pas ; il croit que « cela passera tout seul » et ne vient pas consulter « pour si peu ».

Aussi le plus souvent n'est-ce qu'à une époque ultérieure que l'on commence à observer, en pratique, la tumeur gommeuse du voile du palais, à une époque où d'une part, elle s'est étendue, développée, où d'autre part, elle a commencé à éveiller vers les tissus voisins un certain dégré de réaction phlegmasique ; c'est-à-dire à une époque où déjà, vraisemblablement, les éléments constitués de la lésion sont entrés

en dégénérescence et sont en voie de subir la transformation préparatoire au ramollissement.

Eh bien, Messieurs, examinons donc la gomme à ce moment, moment le plus précoce où nous soyons généralement appelés à l'observer.

Que trouvons-nous à cette période ? L'une ou l'autre, pas plus souvent l'une que l'autre, des deux apparences que voici.

Ou bien, et ceci est le cas le plus rare, *tuméfaction circonscrite et d'aspect inflammatoire* occupant telle ou telle portion du voile du palais ; sur un point de l'étendue d'une pièce de 50 centimes ou d'un franc, *saillie* notable, en forme de segment de sphère ou d'amande ; à ce niveau muqueuse rouge, visiblement enflammée, tendue, luisante et comme vernie, résistante au toucher. De par ce signe il est évident que la saillie du voile résulte d'une infiltration produite par un néoplasme, et que l'inflammation périphérique n'est qu'un épiphénomène de cette infiltration.

Ou bien, ce qui est de beaucoup le cas le plus commun, l'observateur constate simplement ceci : une *tuméfaction diffuse d'une portion plus ou moins étendue du voile palatin*. Cette tuméfaction comprend en général le quart, le tiers ou même la moitié du voile ; il est plus rare qu'elle en affecte une étendue plus considérable comme les deux tiers, les trois quarts ; presque jamais elle ne porte sur le voile tout entier.

Tuméfaction du voile *sans perception de tumeur distincte*, voilà ce qui constitue cette seconde forme de la lésion, forme, je vous le répète encore, la plus habituelle, et la plus habituelle au point de se présenter à l'observation 19 fois sur 20, approximativement.

Mais venons aux détails, car cette importante lésion mérite d'être étudiée dans ses attributs cliniques.

Dès que le malade ouvre la bouche, une première particularité frappe l'observateur ; c'est la *déformation partielle* subie par le voile. Le voile ne figure plus cette arcade géométriquement régulière qu'il décrit à l'état sain. Sur un siége et sur une étendue variable il est déformé ; une saillie, une proéminence s'est faite sur sa voûte.

Au même point, en second lieu, la muqueuse a perdu la coloration et l'aspect qu'elle présente physiologiquement. Elle offre une *rougeur* morbide, d'un ton sombre ; de plus, elle est comme tendue, lisse et luisante ; on la dirait vernie.

Un troisième attribut clinique consiste dans *l'épaississement* du voile. Cet épaississement, l'œil le devine tout d'abord rien qu'à la saillie morbide de l'arcade palatine, le toucher permet ensuite de le constater. Le doigt, en effet, promené alternativement sur les parties saines et sur les parties malades donne la sensation très-nette qu'au niveau de ces dernières le voile est devenu notablement plus épais. L'épaisseur normale du voile paraît au moins doublée souvent même triplée et quadruplée.

La même exploration apprend encore qu'aux points affectés le voile n'est pas seulement augmenté d'épaisseur ; il est en plus, rénitent, résistant au toucher, *dur* en un mot.

Et enfin, dernier phénomène qui est un corollaire des précédents, ce voile engorgé partiellement est devenu partiellement rigide et immobile. Je m'explique. Lorsque vous examinez un voile du palais sain, vous le voyez pendant l'exploration

exécuter certains mouvements, sous l'influence de la respiration ou de son activité propre ; vous le voyez s'élever, s'abaisser, s'étendre et se relâcher tour à tour, se modifier de forme dans sa partie convexe, ses arcades, ses piliers. Or, rien de semblable ici. Le voile affecté par la gomme est devenu *immobile*, immobile sinon en totalité, du moins partiellement, dans l'étendue qu'occupe l'infiltration ; il n'est plus susceptible des mouvements délicats qu'il exécute à l'état sain ; il est rigide, inerte et comme figé.

Cependant remarquez-le bien, Messieurs, le voile altéré de la sorte n'est pas le siége d'une tumeur, d'une tumeur distincte, isolée, localisable ; c'est lui-même qui est affecté dans son propre tissu et qui est tuméfié ; *c'est lui-même*, en un mot, *qui fait tumeur*.

J'insiste sur ce fait parce qu'il a une importance réelle, et voici pourquoi. La plupart des élèves auxquels on montre pour la première fois une lésion de ce genre, généralement qualifiée de « tumeur », s'attendent à voir tout autre chose que cela et vous disent : « Mais où est donc la *tumeur* ? Vous me parlez d'une tumeur et je « n'en vois pas. Je ne vois qu'un voile un peu plus gros que d'ordinaire, qu'un « voile tuméfié, dur, rouge, et c'est tout. » Eh bien, Messieurs, c'est qu'en effet, ce qu'on appelle tumeur gommeuse du voile n'est rien autre que cela ; *ce n'est pas*, *d'aspect*, *d'apparence*, *une tumeur dans le voile*, *c'est le voile tuméfié*, le voile dans lequel la tumeur originaire a disparu, soit par infiltration consécutive des éléments voisins, soit simplement par engorgement inflammatoire périphérique. De sorte qu'en somme, cliniquement, la tumeur gommeuse du voile n'est, à un moment donné, que le voile augmenté de volume, infiltré ou semblant infiltré en masse, sur une portion plus ou moins étendue.

En résumé donc, déformation de l'arcade palatine ; — rougeur sombre, circonscrite au point affecté, — épaississement partiel et dureté du voile au même point ; — rigidité dans les mouvements auxquels la portion atteinte ne participe plus ; et tout cela sans tumeur distincte ; voilà les signes objectifs de la lésion ; c'est à l'ensemble de ces signes que vous devrez reconnaître l'infiltration gommeuse du voile palatin.

Les caractères objectifs par lesquels s'accuse la gomme palatine à sa période de formation et d'augment se modifient peu jusqu'au moment où la lésion, si tant est qu'elle doive suivre son évolution spontanée et intégrale, aboutit à la perforation du voile. Ce qui se produit simplement, alors que le ramollissement interstitiel s'opère, se résume en ceci : certaine exagération de volume subie par le voile, qui bombe davantage, proémine de plus en plus ; et en même temps, diminution de rénitence des parties, qui progressivement offrent au doigt une dureté moins sèche, deviennent plus pâteuses et quelquefois même présentent un léger œdème superficiel.

Nous en avons fini, Messieurs, avec les signes objectifs de la lésion. Mais un second point doit nous occuper actuellement. A ces signes objectifs s'ajoute-t-il des *troubles fonctionnels* corrélatifs proportionnels ? Question importante à discuter, car elle nous conduit d'une part à dissiper certaines erreurs accréditées par quelques pathologistes, et d'autre part elle nous montrera la lésion qui nous occupe sous son côté le plus saillant, le plus essentiel à bien connaître, *l'insidiosité* particulière, étonnante, qui préside à son développement.

On a dit, et vous trouverez répété même dans certaine monographie récente, que la gomme palatine s'accompagnait ou était précédée de phénomènes généraux, tels que

malaise prémonitoire, fatigue excessive, courbature, céphalée, fièvre, inappétence, langue saburrale, etc. Ici, Messieurs, je proteste et de toutes mes forces, car cela est une erreur de fait, cela est une erreur matérielle. Prenez le contrepied de cette proposition, et vous serez dans le vrai. D'une part, en effet, la syphilide gommeuse n'est précédée, annoncée par aucun trouble général ; et d'autre part elle évolue absolument à froid, sans réaction sur l'organisme, sans fièvre, sans aucun trouble de la santé.

Qu'en certains cas dont je vous parlerai plus tard, dans ces cas par exemple de lupus guttural où des lésions multiples affectent une marche suraiguë, il se produise un trouble général de l'économie caractérisé par un certain état fébrile, avec malaise, inappétence, adynamie, etc., oui, cela peut être et cela s'observe quelquefois, je l'avoue. Mais qu'à propos d'une simple gomme du voile il se manifeste des phénomènes de ce genre, cela est faux, absolument faux. J'en appelle sur ce point au témoignage des praticiens. Le propre, tout au contraire, de l'affection que nous étudions actuellement est de se produire d'une façon sourde, froide, aphlegmasique, presque latente, de se produire en tout cas avec une sorte d'indifférence absolue de l'organisme.

Et non seulement la lésion se produit en dehors de tout symptôme général, mais de plus, elle évolue localement, à la période du moins où nous en sommes arrivés, avec des troubles fonctionnels remarquablement légers. C'est même là une particularité des plus curieuses à mettre en relief et sur laquelle je ne saurais insister assez vivement.

Croyez-vous en effet, Messieurs, que cette lésion, qui tout à l'heure va aboutir à des désordres locaux importants, qui va perforer le palais, croyez-vous, dis-je, que cette lésion détermine, alors qu'elle se constitue, des symptômes locaux proportionnés à sa gravité future ? Pas le moins du monde. Tout au contraire elle se montre pour l'instant remarquablement inoffensive, singulièrement bénigne, bien plus bénigne que l'angine inflammatoire la plus légère. Jugez-en.

D'abord, elle est peu douloureuse, je pourrais dire, elle n'est pas douloureuse. La gomme palatine en voie de formation et de ramollissement n'éveille pas de souffrances réelles, pas de battements, pas d'élancements, pas de constriction gutturale. Tout ce qu'elle produit, c'est une certaine gêne de la gorge, un mal de gorge assez léger, pour que les malades ne s'en inquiètent pas en général.

En second lieu, peu de troubles fonctionnels : voix à peine modifiée, ou modifiée tout au plus comme elle l'est dans une angine légère, c'est-à-dire prenant un certain timbre guttural ; déglutition quelque peu embarrassée surtout dans l'ingestion des liquides ; de temps à autre seulement, en raison de la rigidité du voile, reflux nasal des boissons ; encore cela est-il assez rare et ne s'observe-t-il que dans le cas où le voile est intéressé sur une grande étendue.

Et c'est tout ; rien autre ne se produit.

Si bien que dans la plupart des cas les malades ne s'inquiètent même pas de ces phénomènes. Ils n'y prêtent qu'une attention distraite. Ils se croient affectés d'un mal de gorge vulgaire, d'une de ces angines accidentelles que chacun a éprouvées vingt fois dans sa vie et qui s'en vont comme elles sont venues, sans traitement. Ils attribuent à un refroidissement ce malaise guttural. Bref, ils en souffrent si peu, ils en sont si peu troublés que, comme ils le disent tous après coup, ils ne songent même pas à consulter un médecin et attendent avec quiétude une guérison qui, d'après eux, ne saurait tarder.

Ecoutez-les, en effet, raconter leur mésaventure, alors que plus tard, épouvantés

des dégâts qui se sont produits, ils accourent vers nous. C'est invariablement le même thème, la même phrase stéréotypée qu'ils nous débitent tous : « Comment « aurais-je pu m'attendre à cela ? Je me portais très-bien : je n'avais pas la moin- « dre fièvre. Je ne souffrais pas de la gorge ; je ne sentais presque rien : je « croyais m'être refroidi, voilà tout. J'ai eu dix fois des maux de gorge qui m'ont « fait bien plus souffrir et qui ont guéri tout seuls. Comment aurais-je pu me « croire menacé de ce qui m'est arrivé depuis ? etc., etc. »

C'est qu'en effet, Messieurs, il existe une singulière opposition, un contraste presque extraordinaire entre cette absence de troubles locaux et les résultats auxquels aboutit soudainement la maladie. La moindre angine, la moindre esquinancie ferait cent fois plus de fracas, pour n'aboutir à rien de grave, pour guérir sans aucune suite. Le gomme du palais, inversement, bénigne et presque latente, comme phénomènes généraux et locaux, conduit au contraire à une lésion sérieuse, irrémédiable, que je vais vous décrire dans un instant.

Eh bien, cette évolution latente, cette apparence de bénignité qui dissimule une gravité réelle, constitue ce qu'on appelle *l'insidiosité.*

Donc, *insidieuse par excellence est la gomme du voile palatin ;* rappelez-vous bien cela, Messieurs, car là est le caractère le plus essentiel, le plus frappant du mal, celui qu'il importe le plus de connaître en pratique. C'est une lésion qui débute et se constitue sous les allures les plus inoffensives, puis qui, tout à coup, aboutit aux accidents graves qu'il me reste à vous faire connaître.

Ces accidents sont ceux de la troisième période, période *d'ulcération* dont nous allons actuellement aborder l'étude.

II. Après avoir persisté pendant un certain temps sous la forme précédente, la gomme de palais subit le sort de toutes les gommes, c'est-à-dire se ramollit et s'ouvre en un point, puis s'ulcère. En cela se résument les phénomènes de cette troisième période.

Tout d'abord, comment la gomme s'ouvre-t-elle ? Presque toujours *à l'insu des malades* ; quelquefois pendant le mastication, quelquefois pendant le sommeil. C'est ainsi, par exemple, qu'une de nos malades s'étant endormie avec un léger mal de gorge dont elle souffrait depuis quelques jours, ne fut pas peu stupéfaite de se réveiller le lendemain matin « avec un *trou* dans le palais », ne pouvant plus parler qu'en nasonnant, et rejetant les boissons par le nez. En tout cas, cette ouverture de la gomme se fait toujours sans douleur.

Puis, l'orifice établi sur la tumeur s'élargit aussitôt, presque immédiatement. En un temps très-court il se convertit en une *ulcération* véritable, laquelle s'étend plus ou moins d'une façon rapide pour envahir progressivement toute l'étendue des parties infiltrées par la gomme. Rien de surprenant à cela, car cette rapide destruction était préparée à l'avance. Ce n'est pas une muqueuse saine qui disparaît ainsi en quelques jours ; c'est une muqueuse depuis longtemps malade, *minée,* amincie, au moment de la perforation.

Et alors, de deux choses l'une :

Ou bien il n'existe qu'une ulcération sur le voile, lequel, en dépit de son peu d'épaisseur, reste cependant *imperforé ;*

Ou bien, et cela est le cas de beaucoup le plus fréquent, le voile n'est pas seulement ulcéré ; il est détruit dans toute son épaisseur ; et, si cette destruction porte sur les parties non marginales, il est troué de part en part, il est *perforé.*

Dans le premier cas, alors qu'il n'existe qu'une ulcération sans perforation, ce qu'on constate est très-simple. C'est une perte de substance, une entamure dans le voile, dont la face antérieure est plus ou moins creusée en un point, mais dont *la face postérieure reste intacte*. C'est en un mot une *ulcération*, telle qu'il s'en constitue à la suite de l'ouverture de toutes les gommes, ulcération dont le fond est constitué par les portions du voile restées saines, et qui rappelle comme aspect, comme caractères, l'aspect et les caractères de l'ulcère gommeux.

Cette ulcération est toujours creuse, très-creuse même le plus souvent, eu égard à sa faible étendue (j'en voyais une récemment où l'on aurait facilement logé une petite noisette) ; elle est bordée d'une aréole rouge assez étendue, et circonscrite par du tissu dur, rénitent, dont l'infiltration n'est pas douteuse ; elle présente des bords nettement entaillés et *à pic ;* son fond enfin est jaunâtre et comme *bourbillonneux*, constitué qu'il est par du tissu gommeux dégénéré, à l'état d'eschare.

Quelquefois cette ulcération, surtout si elle est convenablement traitée à ce moment et rapidement traitée, reste ce qu'elle est, sans s'étendre, sans se creuser davantage, puis se répare et se cicatrise ; dans ce cas, le plus heureux, le voile de palais reste imperforé. Mais plus souvent, après avoir détruit les portions antérieures du voile, la lésion achève son œuvre en ulcérant la portion postérieure, et arrive à perforer le voile. L'affection rentre alors dans le second ordre de lésions, dont nous allons nous occuper dans un instant.

Disons immédiatement ici, pour n'avoir plus à revenir sur ce point, que l'ouverture et l'ulcération de la gomme palatine ne se produisent pas toujours, comme nous l'avons supposé jusqu'à présent à la face antérieure du voile. Dans la grande majorité des cas, c'est, en effet, à la face antérieure que la gomme vient proéminer et s'ouvrir mais en quelques cas cette ouverture se fait à la face postérieure. Rien n'est changé pour cela à l'évolution morbide. Ce que nous venons de voir se passer en avant se passe en arrière. C'est de la sorte qu'en certains cas le voile, après s'être tout d'abord ulcéré en arrière, arrive consécutivement à s'ulcérer en avant. La perforation se produit alors des parties postérieures vers les antérieures.

Dans le second cas le voile est entamé dans toute son épaisseur. Ici, ce n'est plus seulement une ulcération qui se produit à l'une ou à l'autre des faces du voile ; ce n'est plus seulement une entamure *avec fond* que l'on constate sur le voile, c'est une entamure *sans fond* ; c'est une destruction de part en part.

Or suivant les points où elle s'opère, cette destruction en épaisseur donne à la lésion des aspects différents.

Si elle s'opère sur les parties marginales du voile, elle *l'échancre* simplement.

Si elle s'opère sur les parties centrales, elle creuse dans le voile un *trou* véritable, une *perforation* proprement dite, laquelle est entourée, circonscrite par les parties du voile restées saines.

Mais que cette destruction s'opère ici ou là, peu importe au point de vue des caractères intrinsèques de la lésion, laquelle reste toujours la même et se présente toujours avec les mêmes attributs objectifs ; et ces caractères, bien entendu, sont ceux de l'ulcère gommeux que je vous décrivais tout à l'heure et qu'il serait superflu de reproduire.

Seulement la disposition de cet ulcère gommeux est différente suivant les points qu'il occupe.

S'il est situé à la périphérie du voile, il consiste en une *bande ulcéreuse*, qui

borde le palais en l'échancrant, en pénétrant plus ou moins avant vers ses parties centrales.

S'il siége sur les parties centrales, il constitue alors une espèce de *canal ulcéreux*, creusé dans le voile. Ce canal ne mesure pas moins de 6 à 8 millimètres de trajet à travers le voile, quelquefois même davantage, jusqu'à un centimètre environ. Ses parois ulcéreuses sont creusées dans un tissu rouge, violacé, lequel n'est autre que le voile infiltré de productions spécifiques ou inflammatoires. Elles présentent une surface jaunâtre, diphtéroïde, identique d'aspect à celle des ulcères gommeux.

Comme évolution ultérieure, cette ulcération est *extensive*, mais extensive dans de certaines limites ; elle s'étend dans l'aire des parties infiltrées par le néoplasme gommeux, mais elle ne s'étend pas au-delà. Tout ce qui a été envahi par la gomme disparaît, est rongé ; mais lorsque cela a disparu, le travail ulcéreux s'arrête, ne progresse plus au-delà (réserves faites toutefois pour certains cas dont je vous parlerai plus tard, dans lesquels l'ulcération se continue au-delà du siége initial de la gomme en prenant une marche phagédénique).

Ici, Messieurs, se place une remarque curieuse. Quand les tissus infiltrés par la gomme disparaissent comment disparaissent-ils ? Ils disparaissent *sans laisser de traces*, à l'insu du malade et du médecin. Ce qu'ils deviennent, on ne le sait pas, on ne le voit pas. Ils semblent fondre sur place, pour ainsi dire. En tout cas, ils ne forment pas d'eschare distincte, qui se sépare des parties saines et tombe dans la bouche ; on n'en trouve pas vestige, voilà le fait à expliquer comme on voudra. Ils disparaissent comme disparaît le poumon excavé par les cavernes tuberculeuses. Vraisemblablement et même certainement pourrais-je dire, il s'opère là une sorte de destruction moléculaire, dont les éléments ténus, divisés, dissociés, dissous sont emportés par la salive, rejetés dans les crachats ou avalés.

Et finalement, quand ce travail de destruction est accompli, que reste-t-il des parties affectées, quel est l'état de ces parties ? Trop brièvement on se contente de dire en général que le voile est entamé, perforé, détruit. Cela est bien succinct. Les choses, ce me semble, méritent d'être examinées de plus près, et des *formes diverses de mutilation du voile* peuvent être distinguées.

Ces formes sont au nombre de quatre et peuvent être désignées de la façon suivante :

1° *Echancrure marginale du voile* — Ici la mutilation porte sur les parties périphériques, marginales, du voile, à savoir : piliers, arcades, luette. Ces parties sont entamées sur une étendue plus ou moins considérable. De leur destruction résulte une entaillure proportionnelle, qui échancre le voile sur ses bords.

Exemple : une malade que je vous ai déjà présentée et que vous allez revoir aujourd'hui présente une mutilation de ce genre. Sur cette femme, l'arcade droite du voile a été échancrée dans l'étendue d'un demi-centimètre au moins, d'avant en arrière sur deux centimètres environ, transversalement.

Quand l'infiltration gommeuse porte sur la base de la luette cet appendice peut être séparé tout en restant sain. On voit de la sorte la luette, guillotinée par l'ulcère gommeux, si je puis ainsi dire, se détacher en totalité du voile. D'autres fois et plus souvent, le luette envahie par l'infiltration gommeuse se détruit moléculairement et disparaît sans qu'on en trouve vestiges. Le voile persiste alors privé de cet appendice, et son bord postérieur ne décrit plus qu'une arcade simple à concavité antérieure.

2° *Perforation* — La perforation proprement dite est la mutilation du voile qui consiste en un trou creusé dans l'aire de ce voile au milieu des parties qui restent indemnes. C'est un *trou* dans le voile.

Elle peut occuper divers siéges : les parties médianes ou latérales, antérieures ou postérieures. Quand il lui arrive d'être située sur les parties les plus postérieures du voile, elle devient alors presque marginale, et n'est plus séparée du bord postérieur que par une bande de tissu sain très-étroite, réduite à quelques millimètres, voir même à un millimètre d'épaisseur.

La forme et les dimensions de cette perforation sont variables.

Comme forme elle est le plus souvent arrondie, plus ou moins régulièrement. Quelquefois elle est parfaitement ronde et comme faite au compas ; d'autres fois elle est ovalaire, elliptique, et alors elle est toujours allongée transversalement, dans le sens où s'opèrent les tractions musculaires du voile.

Variable comme dimensions, quelquefois elle est assez petite pour qu'un stylet puisse à peine y pénétrer ; (exemple, une malade que je vous ai montrée lors de notre première réunion ; cette malade a quitté l'hôpital depuis longtemps, absolument guérie) ; — le plus souvent elle a un diamètre supérieur et laisse facilement pénétrer une sonde ordinaire ; d'autres fois elle offre les dimensions d'une pièce de 20 cent., ou de 50 cent., plus rarement elle atteint les proportions d'une amande d'abricot ; enfin elle peut être plus considérable encore. J'ai vu dernièrement sur un malade une perforation de ce genre qui mesurait trois centimètres transversalement et douze à quinze millimètres comme diamètre antéro-postérieur.

3° *Division en rideaux*. Cette forme est presque aussi fréquente que la perforation simple. Elle se produit par le mécanisme suivant : lorsque l'infiltration gommeuse a occupé sur une certaine étendue d'avant en arrière les portions médianes du voile, ces portions se détruisent ultérieurement par le fait du ramollissement et de l'ulcération de la gomme.

Or, quand le travail de destruction s'est accompli, le voile se trouve divisé sur sa partie médiane d'avant en arrière et segmenté en deux lambeaux latéraux. Qu'arrive-t-il alors ? Sous l'influence de la rétraction musculaire, ces deux lambeaux s'écartent ; et comment s'écartent-ils ? A la façon des grands rideaux d'une fenêtre. Adhérents au palais osseux ils s'écartent latéralement par leurs parties inférieures, et figurent assez exactement, je le répète, ce que sont les rideaux d'une fenêtre, qui, rapprochés par leurs parties supérieures, divergent latéralement dans les parties inférieures.

Lorsque, dans ce mode de mutilation, la luette est conservée, on la voit pendre sur le lambeau auquel elle est restée adhérente et former là une sorte d'appendice mamelonné, flasque et mobile.

4° *Destruction presque complète du voile ou même destruction absolue*. Cette dernière variété s'observe bien moins souvent.

Il n'est pas très-rare cependant qu'à des infiltrations gommeuses très-étendues succède une destruction proportionnelle du voile, qui se trouve mutilé de la sorte plus ou moins complètement et réduit à l'état de moignon. Remarquons ceci d'ailleurs: ne serait-il mutilé que d'une façon incomplète, il paraîtrait l'être bien davantage, en raison de la rétraction latérale des moignons persistants. Le plus souvent, par exemple, les piliers restent intacts, au moins partiellement ; mais rétractés vers les parties latérales du pharynx et confondus avec elles, ils semblent disparus.

Enfin, en certains cas, heureusement rares, la destruction est complète, absolue ; il ne reste plus vestige du voile du palais. Nous verrons plus tard qu'il peut même ne pas rester traces du palais tout entier, membraneux et osseux.

Ainsi s'offrent, Messieurs, les diverses formes de mutilation du voile.

Voilà pour les lésions anatomiques. Voyons maintenant quels *troubles fonctionnels* accompagnent ces lésions.

Vous vous rappelez combien peu les troubles fonctionnels sont accentués à la période de formation et de ramollissement de la gomme. Ils le sont si peu à cette période que la lésion reste comme latente, que, tout au moins, les malades ne s'en inquiètent pas, qu'ils la considèrent comme un simple mal de gorge vulgaire, que la plupart même ne songent pas « pour si peu » à consulter un médecin.

Eh bien, l'ulcération faite que se produit-il ?

Si cette ulcération se borne à échancrer le voile, à l'entamer partiellement sans le perforer, sans le rompre, les troubles restent encore peu intenses ; ils restent ce qu'ils étaient, à cela près qu'il s'y ajoute un peu de douleur en plus, une gêne plus ou moins marquée de déglutition, et une hypersécrétion salivaire, très-modérée. Mais, au total, cela ne constitue pas une modification frappante dans les symptômes; ce n'est qu'un peu d'augmentation d'intensité des troubles antérieurs.

Tout au contraire, l'ulcération a-t-elle troué ou divisé le voile du palais, oh ! alors c'est un *coup de théâtre* ; c'est un changement à vue ; c'est une modification absolue et instantanée entre ce qu'était la maladie hier et ce qu'elle est aujourd'hui. Hier, elle n'était rien ou presque rien ; elle gênait à peine ou ne gênait que très-légèrement. Aujourd'hui, c'est un trouble profond survenu tout à coup ; c'est un désordre intense de deux fonctions ; c'est une *double infirmité survenue tout à coup,* double infirmité dont l'une est des plus gênantes et dont l'autre est des plus intolérables ; dans un instant vous allez en juger.

Donc, en premier lieu, et j'insiste à dessein sur ce point, ce que les troubles fonctionnels dont nous allons parler offrent d'intéressant et de bizarre, c'est leur *instantanéité*, leur explosion aussi soudaine qu'inattendue. D'un jour à l'autre, ces troubles se constituent. Témoin la malade dont je vous ai déjà entretenus, chez laquelle des désordres si graves se produisirent dans l'espace d'une nuit, et pendant le sommeil.

Et il en est ainsi chez tous les malades, qui, tous, vous racontent la même chose, qui, tous, ont été stupéfaits par l'invasion soudaine des symptômes auxquels ils s'attendaient le moins.

Et quels sont donc ces troubles fonctionnels ? Exactement ceux qui accompagnent la division, la perforation du voile du palais, quelles qu'en soient d'ailleurs la cause et l'origine. Ces troubles, que vous avez déjà cités, sont au nombre de deux, à savoir : 1° l'altération de la voix, 2° le reflux nasal des aliments et surtout des liquides.

1° *Altération de la voix.* Dès que la lésion du voile est accomplie, la voix prend un timbre nasonné des plus désagréables, devient confuse, et peut même, en certains cas, n'être plus que difficilement intelligible.

2° *Reflux nasal.* Une portion des aliments contenus dans la bouche s'échappe de la cavité buccale, pour remonter dans la cavité nasale, y séjourner ou bien être rejetée par les narines. Ce reflux est, en général au moins, assez rare ou peu marqué pour les aliments solides ; il se produit bien plus facilement au contraire

pour les boissons ou les aliments liquides. Ceux-ci sont à peine introduits dans la bouche qu'ils reviennent partiellement dans le nez et sortent par les narines.

Telle est la double infirmité qui se produit *ipso facto* à la suite de la division ou de la perforation du voile, infirmité subite, immédiate, et infirmité persistante, indéfinie, si l'art ne vient au secours de la nature. Ai-je à dire, en conséquence, si les malades sont à la fois surpris et terrifiés par l'apparition de tels symptômes ; ai-je à dire s'ils sont cruellement affligés par ce double trouble fonctionnel, dont l'un, l'altération de la voix, constitue déjà pour eux une gêne incessante, mais dont l'autre surtout, reflux nasal, les rend un objet de dégoût et pour eux-mêmes et pour ceux qui les entourent ?

Constants dans leur production, en tant que phénomènes symptomatiques de la rupture du voile, ces deux troubles fonctionnels sont inégaux d'un sujet à l'autre, suivant des conditions variables.

Prenons les cas extrêmes pour les opposer.

Avec une large perforation et, à fortiori, avec une destruction presque complète ou complète du voile, les deux troubles fonctionnels en question atteignent leur maximum d'intensité. La voix n'est plus seulement nasonnée ; elle prend un timbre des plus désagréables ; de plus elle est confuse, convertie en une sorte de bredouillement nasillard, où la plupart des syllabes disparaissent inarticulées ; quelquefois même elle devient tellement confuse qu'elle est presque inintelligible.

Tel est le cas d'une pauvre dame que je traite en ce moment. Toute jeune encore elle a reçu la syphilis de son mari dès les premiers temps de son mariage, et ne s'en est jamais que très-incomplètement traitée, ignorant d'ailleurs le mal dont elle était atteinte. Dix ans plus tard, elle a été affectée d'une gomme palatine qui lui a dévoré absolument tout le voile et qui n'est pas encore cicatrisée. Or cette malade a la parole tellement confuse que j'ai toute les peines du monde à la comprendre. Malgré l'attention que je mets à l'écouter, pour diminuer le chagrin qu'elle éprouve de son infirmité, je devine ce qu'elle veut me dire plutôt que je ne l'entends, c'est à peine si je saisis au vol un ou deux mots sur dix.

Dans ces mêmes cas, le trouble de la déglutition est extrême. Les aliments de toute nature pénètrent dans les fosses nasales et y séjournent. Si les aliments solides ne sont qu'assez rarement rejetés par les narines, il n'en est pas de même des liquides qui refluent presque constamment de la bouche dans le nez. Les malades n'évitent ce double inconvénient que par une attention minutieuse et soutenue, en s'astreignant à manger avec lenteur et à surveiller tous leurs mouvements de déglutition, en ne buvant qu'à petites gorgées et en renversant la tête en arrière au moment où ils avalent. Grâce à ces précautions, grâce à cette sorte d'éducation nouvelle qu'ils s'imposent, ils arrivent à pouvoir manger et boire tant bien que mal, mais ils n'arrivent jamais cependant à dominer le trouble fonctionnel qui résulte de l'absence ou de la mutilation du voile. Une simple distraction d'un instant, un peu trop de précipitation suffit à produire le reflux. C'est ce que m'écrivait récemment un malade affecté de la sorte : « A force d'éducation, me disait-il dans l'une « de ses lettres, j'ai réussi, sinon à parler convenablement, du moins à avaler à « peu près comme tout le monde. Je n'ai plus guère grand'peine à manger, mais « je suis encore assez gêné pour boire. Si rien ne me presse et si je ne suis pas « distrait, tout marche assez convenablement. Pour rien au monde, cependant, je « ne me risquerais encore à dîner en ville, car je craindrais des malheurs dont je

« rougirais. Mais si l'on me parle ou si mon attention est détournée, si je suis « pressé pour manger ou pour boire, alors mon ancienne infirmité me revient. « Ainsi en rentrant chez moi, après vous avoir quitté, je descendis dans un « buffet de chemin de fer, ayant très-chaud, pour prendre un verre de bière : « lorsque je buvais, j'entendis le sifflet du train ; j'avalai précipitamment ; une « partie du liquide revint à flot par les narines, etc... »

Inversement, si la perforation du voile est minime, ces mêmes troubles fonctionnels descendent à leur minimum d'expression. Ils peuvent même être nuls ou du moins être extrêmement atténués. La voix est à peine nasillarde. Les aliments ne sont plus régurgités par les fosses nasales; seuls les liquides refluent ; encore ne refluent-ils que rarement, par accident, et d'une façon à peine appréciable.

Entre ces deux cas extrêmes, placez tous les intermédiaires, tous les moyens termes, comme lésions et comme troubles fonctionnels, et vous aurez de la sorte le tableau complet de ce que peut produire la perforation ou la division du voile.

Ce n'est pas toutefois l'étendue seule de la lésion du voile qui mesure l'intensité des troubles fonctionnels. Cette intensité dépend encore d'autres conditions que je ne saurais énumérer toutes, mais dont les principales paraissent être le *siége* de la lésion, sa *forme* et son *âge*.

Pour le *siége*, d'abord il est évident que les échancrures marginales ont bien moins d'influence sur la production de ces troubles que les perforations centrales. La destruction de la luette, par exemple, est absolument inoffensive. J'ai vu plusieurs fois des perforations limitées, siégeant sur les bords du voile, ne produire presque aucun trouble fonctionnel.

De même pour la *forme*. Les perforations absolument rondes sont bien plus redoutables au point de vue des troubles de la phonation et de la déglutition, que les perforations allongées, elliptiques, etc.

L'âge de la lésion a enfin une importance très-marquée.

Dans les premiers temps, le reflux des boissons est presque constant, quel que soit d'ailleurs le diamètre de la perforation ; ce qui tient non-seulement à la perforation, mais à la rigidité des tissus périphériques. Plus tard ce reflux est infiniment moindre, bien que la perforation soit restée la même, ce qui est imputable non-seulement aux conditions différentes du voile, mais aussi à l'éducation que s'est faite le malade pour avaler convenablement dans ces conditions nouvelles.

C'est de la sorte que certaines perforations petites ou moyennes, après s'être accompagnées, à l'origine, de troubles fonctionnels très-marqués, deviennent plus tard presque inappréciables. J'ai dans ma clientèle un certain nombre de malades qui après avoir été sujets à des troubles de ce genre, au début de leur affection, n'en présentent plus trace aujourd'hui et pour lesquels la lésion du voile est devenue complétement inoffensive.

Inutile d'ajouter que ces atténuations des troubles fonctionnels, surtout en ce qui concerne la voix, ne se produisent que dans les cas de perforations petites ou moyennes tout au plus. Ils persistent, au contraire, si la perforation est plus ou moins large. Ils persistent surtout en ce qui concerne la voix, qui ne saurait être modifiée par l'éducation et la surveillance, comme peut l'être la déglutition.

Le reflux nasal et l'altération de la voix sont les troubles majeurs de la perforation ou de la division du voile du palais, mais ce ne sont pas les seuls que déterminent ces lésions. Quelques autres nous restent encore à signaler, à savoir : douleur, ptyalisme et obtusion de l'ouïe.

L'obtusion de l'ouïe et divers troubles auditifs (tels que douleurs, bourdonnements d'oreille, etc.), accompagnent quelquefois ces lésions. Ces troubles sont le résultat de la propagation vers la trompe d'Eustache, soit des ulcérations, soit de la phlegmasie périphérique, nous ne ferons que les signaler actuellement, devant y revenir en détail à propos des lésions du pharynx.

Le ptyalisme est un symptôme qui se produit ici comme à la suite de toutes les plaies de la bouche. Il est toujours très-modéré, souvent même inappréciable.

Les *phénomènes douloureux*, presque nuls dans la première et la seconde période, n'apparaissent guère qu'avec l'ulcération. Dans la grande majorité des cas, ils ne sont que très-peu intenses, et consistent simplement en ceci : sentiment d'étreinte vers la gorge ; gêne et cuisson légère vers l'isthme du gosier ; sensibilité dans la phonation ; c'est ainsi que dans les premiers temps de l'ulcération, certains malades évitent de parler ou ne parlent qu'à voix basse ; déglutition quelque peu douloureuse. Les malades sont forcés de choisir leurs aliments ; parfois encore, quand l'ulcération est récente, ils ne peuvent supporter que les aliments liquides. Mais, somme toute, ils ne *souffrent jamais beaucoup* ; et souvent même ils ne souffrent pas de façon à être distraits de leurs occupations. C'est ce dont me témoignait encore, ces derniers jours, un malade qui cependant avait perdu le voile, presque tout entier pendant la campagne de 1871. « Mon mal a débuté, me disait-il, pendant que j'étais à l'armée de la Loire ; je ne souffrais pas et je n'ai jamais souffert véritablement. J'avais *un peu mal à la gorge*, mais c'est tout, et j'attribuais cela au froid. Si j'avais eu de vives douleurs, je serais allé à l'ambulance, mais je n'ai jamais été forcé d'abandonner mon service. » Et pendant ce temps, le malheureux laissait son voile se dévorer presque complétement.

Il est des cas néanmoins, où des douleurs plus ou moins accentuées se manifestent et cela sans qu'on puisse en trouver le cause. Je les ai vues plusieurs fois devenir véritablement aiguës et se compliquer d'irradiations non moins pénibles vers l'oreille. C'est là ce qui s'est produit sur l'une des malades que je vous présenterai tout à l'heure. Cette femme a souffert très-vivement, dans chacune des trois poussées d'infiltration gommeuse qu'elle a subies sur le voile ; il est vrai que simultanément elle a présenté trois fois des lésions concomitantes du pharynx.

Telle est, Messieurs, la symptomatologie des lésions gommeuses du voile palatin. Ajoutons simplement, comme complément nécessaire à ce tableau, les deux traits négatifs que voici, très-essentiels à spécifier :

1° Ces lésions ne se compliquent en général *d'aucun engorgement ganglionnaire*. L'absence de toute adénopathie est certes le cas usuel avec les lésions gommeuses du voile. Cependant il est incontestable qu'en quelques cas, très-rares, très-exceptionnels, on ait observé une tuméfaction légère des ganglions péri-hyoïdiens.

2° Ces mêmes lésions n'éveillent en général *aucune sympathie organique*. D'abord, ainsi que je l'ai établi précédemment, elles ne provoquent jamais de fièvre. En second lieu, elles ne déterminent aucun retentissement viscéral. Tout ce qu'elles produisent, et seulement en quelques cas, c'est un certain degré de pâleur et

d'alanguissement, tenant moins à la lésion locale qu'à la difficulté mécanique, et à l'insuffisance de l'alimentation, et tenant aussi parfois, ne l'oublions pas, à l'état normal des malades, que l'invasion de symptômes aussi inattendus et aussi effrayants ne laisse pas d'inquiéter et de chagriner vivement.

Et maintenant, Messieurs, de l'analyse passons à la synthèse. Nous venons d'étudier isolément les différents symptômes et les étapes successives de l'affection ; reconstituons actuellement la maladie, pour l'envisager d'ensemble. Ce en quoi elle consiste se résume, au total, en ceci :

La gomme du palais est constituée originairement par une tumeur piriforme ou aplatie, solide, dure, aphlegmasique, qui se développe dans l'épaisseur du voile ; presque jamais l'on n'assiste à cette étape initiale de la maladie. Ce qu'on constate presque invariablement, comme premier phénomène, c'est un état ultérieur dans lequel l'affection se montre sous forme d'une *infiltration diffuse* du voile. Et alors, on trouve le voile du palais tuméfié partiellement, rouge, dur, épaissi, rigide. A ce moment, peu ou pas de troubles fonctionnels ; rien autre que quelques troubles légers, et notamment pas de douleurs.

Puis, tout à coup, la scène change comme lésions et surtout comme symptômes : ulcérations du voile ; ulcération rapide, très-rapide, entamant une portion plus ou moins étendue de ce voile, le perforant, le divisant, le détruisant d'une façon plus ou moins complète ; et cela, je le répète encore, avec une activité destructive singulière, comparable en apparence (mais non en réalité) à celle du phagédénisme ; simultanément, explosion subite, inattendue d'accidents sérieux ; deux fonctions importantes compromises à des degrés divers d'un jour à l'autre : voix altérée, nasonnée, confuse ; reflux nasal des substances ingérées ; douleurs variables d'intensité généralement légères ou minimes ; et enfin, apyrexie, absence de troubles généraux ; telle est, en résumé, l'affection qui nous a occupés aujourd'hui.

Donc, comme marche, comme allure générale, la maladie peut être divisée tout naturellement en deux périodes, à savoir :

1re période. — Les dégâts futurs se préparent, mais se préparent sourdement d'une façon occulte, sans douleurs, sans troubles fonctionnels ;

2e période. — Les dégâts préparés se révèlent, se démasquent tout à coup. Des troubles se développent d'une façon inopinée, à propos de lésions qui semblent se produire subitement.

En un mot, *insidiosité, insidiosité réelle, aboutissant à des symptômes graves sous le masque de lésions bénignes* ; voilà le grand caractère, le caractère essentiel de l'affection ; celui dont le médecin doit être le mieux averti, celui que j'ai eu surtout à cœur de mettre en relief dans cet exposé et de vous laisser en souvenir.

Lorsque se sont accomplis les dégâts, les délabrements auxquels nous venons d'assister, la maladie cependant n'est pas terminée pour cela, et tout n'est pas encore fini.

D'abord, reste un ulcère sur les parties détruites. Cet ulcère, que va-t-il devenir ? S'il n'était pas traité, je ne sais ce qu'il en adviendrait. Vraisemblablement il persisterait, et longtemps, car plus d'une fois nous l'avons vu subsister de la sorte dans un état de passivité singulière, témoignant de son peu d'aptitude à la réparation spontanée. Peut-être aussi tendrait-il à s'étendre ? En tout cas l'expérience

serait dangereuse à tenter. Soumis au contraire à un traitement approprié, il se répare en général facilement, et se cicatrise à bref délai.

Mais il ne se cicatrise, bien entendu, qu'en laissant des pertes de substance presque toujours irréparables et proportionnelles à l'étendue de la gomme initiale. Souvent aussi, en de certaines conditions il ne se cicatrise que d'une façon vicieuse, en déterminant une série de phénomènes que nous étudierons prochainement sous le nom d'*atrésie pharyngée.*

Enfin, il n'est même pas rare que la cicatrice de la lésion devienne, dans un délai plus ou moins rapproché, le siége d'une ulcération nouvelle. Parfois, à la suite d'une guérison bien accomplie et semblant définitive, on voit, je ne sais en vertu de quel processus morbide, les parties couvertes de cicatrices, s'éroder et s'ulcérer plus ou moins profondément, de façon à ce que la plaie initiale se trouve reconstituée. Nous avons actuellement dans la salle St-Alexis un exemple bien frappant de ces déplorables récidives. Et, dans ce cas, ce n'est pas seulement une récidive qui s'est produite ; ce sont deux récidives, séparées l'une de l'autre par un intervalle chronologique de cicatrisation complète.

DIAGNOSTIC.

Je pourrai être bref sur le chapitre du diagnostic, qui ne comporte en réalité qu'une seule difficulté pratique. Aussi, sans m'arrêter à différencier la lésion qui nous occupe soit des diverses tumeurs du voile, soit de l'esquinancie simple, (avec laquelle elle n'a pu être confondue que par une inattention singulière), j'irai droit à la seule question difficile qui puisse surgir ici, à savoir la distinction des ulcérations gommeuses du voile d'avec la scrofulide ulcéreuse de la même région.

Vous savez que le voile du palais peut devenir, par le fait de la scrofule, le siége d'ulcérations et de destructions étendues, lesquelles, d'aspect, se rapprochent plus ou moins des ulcérations gommeuses syphilitiques et demandent par conséquent à en être différenciées.

Sur quelles bases doit être institué ce diagnostic différentiel ? Est-ce d'abord par la considération des signes objectifs que ces deux ordres de lésion peuvent être distingués? De louables efforts ont été tentés dans ce sens. A quoi ont-ils abouti ? A peu de chose, il faut bien le dire. Certes il existe bien, objectivement, quelques différences entre la gomme et la scrofulide du voile. Ainsi l'ulcère scrofuleux présente des bords moins nettement entaillés, plus déchiquetés, moins adhérents que ceux de l'ulcère gommeux ; un fond plus rouge, moins jaune, plus saignant, plus granuleux ; il débute plus habituellement par le pharynx avant d'envahir le voile, etc. etc..

Ces signes ont assurément une valeur que je me garderai de contester. Mais, d'une part, ils n'ont rien de constant, d'invariable, et cela de l'aveu de M. Bazin lui-même, le grand maître en pareille matière : « Rien de plus variable, a-t-il écrit plusieurs « fois, que les caractères objectifs des ulcérations scrofuleuses en général. » D'autre part ce sont là vraiment, si je puis ainsi parler, des signes mineurs ; ce sont là, des nuances trop peu significatives pour qu'il nous soit permis d'instituer sur elles un diagnostic différentiel sérieux. Aussi, à mon avis, ce diagnostic différentiel doit-il être cherché ailleurs, établi sur d'autres bases. D'après moi, il repose, quand il peut être fait, sur les quatre considérations suivantes :

1° *Nature des antécédents du malade et des symptômes actuels concomitants.*

Ainsi :

AVEC LA SYPHILIDE GOMMEUSE :	AVEC LA SCROFULIDE ULCÉREUSE :
Antécédents syphilitiques ; Possibilité d'accidents syphilitiques actuels.	Antécédents scrofuleux ; Possibilité d'accidents scrofuleux actuels ; et, à défaut de ces accidents, tout au moins attributs de constitution scrofuleuse.

2° *Antécédents de la lésion* :

Début de la gomme par une tuméfaction rouge, dure, indolente du voile, sans troubles fonctionnels. Puis tout à coup, ulcération produite, constituée d'un jour à l'autre ; et simultanément explosion soudaine de troubles fonctionnels très-accentués.	Début de la scrofulide par une ulcération. Pas de tumeur. Troubles fonctionnels progressifs proportionnés aux dégâts, marchant de pair avec eux, se produisant avec lenteur.

L'instantanéité de la rupture du voile et l'explosion soudaine des troubles fonctionnels par lesquels elle se traduit sont des phénomènes qui appartiennent exclusivement à la syphilis. On ne la voit pas se produire de la même façon avec la scrofule. C'est donc là une particularité presque pathognomonique, qui suffit, en bon nombre de cas, à instituer le diagnostic différentiel. J'appelle, Messieurs, toute votre attention sur ce point trop peu remarqué jusqu'ici.

3° *Evolution générale.*

Avec la scrofule, évolution chronique, très-lentement progressive, mais continue et sans secousse, sans surprise, sans fracas.

Avec la syphilis évolution bien plus aiguë, bien plus rapide ; durée moindre ; et aussi évolution saccadée, évolution à surprise. Dans une première période, lésion presque latente ; puis, seconde période s'annonçant d'une façon subite par des symptômes inattendus.

4° *Influence du traitement spécifique.*

Avec la syphilis, modification très-rapide des lésions sous l'influence de l'iodure de potassium, et modification tellement rapide qu'elle est par cela même significative ; avec la scrofule, iodure de potassium inactif, ou si lentement, si médiocrement actif, que cette insuffisance du remède, n'a pas une signification moindre.

Grâce aux signes tirés de ces considérations, le diagnostic peut être établi assez aisément dans la plupart des cas, mais dans la plupart des cas seulement et non dans tous. Car il en est un certain nombre où le diagnostic est très-difficile, voire même impossible. Tels sont par exemple ceux où la syphilis est venue se greffer sur un terrain scrofuleux ; ceux où le médecin n'est consulté qu'à une période très-avancée des lésions, ceux où les commémoratifs font défaut, où l'on ne peut être guidé par l'évolution morbide ; où les lésions sont multiples ; etc... où tout traitement échoue, en raison de la malignité de l'affection ; etc., etc.

Et ces cas difficiles, sachez-le bien, Messieurs, ne sont pas seulement difficiles

pour le médecin non versé dans ce genre spécial d'études ; ils sont difficiles *pour tout le monde*, difficiles pour les praticiens les plus experts en la matière. Ces derniers même sont souvent ceux qui hésitent le plus, qui se prononcent le moins, et cela parce qu'ils ont l'expérience qui apprend à douter et l'autorité reconnue qui leur permet de ne pas tenter un diagnostic impossible. C'est encore ce qu'ont très-bien dit MM. Ricord et Bazin : « Il est des cas de ce genre où le « diagnostic est tellement obscur qu'il faut rester dans le doute et *avoir le courage de dire qu'on ignore.* »

En pareille occurence, c'est le traitement seul qui peut fournir la lumière. Le diagnostic immédiat restant impossible, les résultats de la médication se présentent comme le recours unique qui puisse fixer les incertitudes et juger la nature réelle des lésions.

Pronostic. — Le pronostic des gommes du voile se résume en ceci : d'une part lésion sérieuse, exposant à des dangers locaux que nous venons de spécifier ; mais d'autre part, médication des plus actives toute puissante, oserai-je presque dire, atténuant singulièrement la gravité de ces lésions.

Il est peu de lésions syphilitiques, en effet, qui seraient plus justiciables du traitement spécifique que les gommes du palais. Il en est peu dont on soit aussi maître. Prise à temps, la gomme du palais doit toujours guérir. Pour ma part, tout au moins, je n'ai pas encore d'insuccès, alors que j'ai pu intervenir de bonne heure. Et même, lorsque le traitement n'est commencé que plus tard, tout n'est pas encore perdu. *Tant que le palais n'est pas perforé, il peut y avoir espoir.* Car on observe parfois des cas étonnants de gommes anciennes déjà fort avancées comme évolution qui rétrocèdent et guérissent sous l'influence du traitement. Plusieurs fois on a vu des gommes palatines en pleine voie de ramollissement et menaçant de s'ouvrir d'un instant à l'autre, se modifier d'un façon inattendue sous l'action de l'iodure de potassium et se résorber contre toute espérance.

Traitement. — Ici, fort heureusement, des règles fixes, déduites de l'expérience s'imposent au médecin. Le plan thérapeutique est tout tracé, facile à suivre ; et presque toujours il sera consacré par le succès, si l'on saisit à temps les indications urgentes auxquelles il faut satisfaire.

Il est, ai-je dit, des règles fixes, et cela quant au choix du remède à prescrire, quant à la façon de l'administrer.

Nulle hésitation d'abord en ce qui concerne la nature du traitement à mettre en œuvre.

C'est l'iodure qui est ici le remède par excellence, le remède héroïque. C'est lui qu'il faut choisir, qu'il faut prescrire d'emblée, sans perdre un temps précieux à chercher d'autres remèdes, sans même tenter de lui adjoindre le mercure, qui pourrait troubler la tolérance et qui, dans l'espèce, est bien moins actif que l'iodure. Trop lentement actif, en tout cas, pour qu'on puisse faire fond sur lui dans une maladie où les résultats sont comptés, où le moindre retard dans l'action curative peut avoir pour conséquence la rupture du voile.

Il est enfin des règles fixes pour *l'administration.* Ce remède si bienfaisant, si merveilleusement actif, l'iodure de potassium, il faut le prescrire *immédiatement à haute dose.* A haute dose, c'est-à-dire à la dose quotidienne de 2 ou 3 grammes dès le premier jour. Il est indispensable, en effet dans les cas de ce genre, surtout dans ceux où le mal est déjà avancé, de frapper immédiatement un grand

coup. « N'hésitez donc pas, nous disait M. Ricord dans ses cliniques ; donnez l'iodure de potassium immédiatement, séance tenante, et donnez-le *larga manu*; car toute hésitation, tout retard, toute intervention timide peut conduire à une perforation irréparable.

Si l'on procède par petites doses, si l'on se contente de 30, 40, 50 centigrammes par jour, le remède n'agit pas, ou du moins il n'agit ni assez activement ni assez vite pour parer à un danger imminent. C'est en tâtonnant, en hésitant de la sorte, qu'on laisse le voile se perforer.

D'emblée, sans crainte, il faut prescrire une dose véritablement active (2, 3 grammes dès le premier jour) ; et même, si le mal ne paraît pas suffisamment influencé, la dose quotidienne du remède devra être rapidement élevée juqu'à 4, 5 et 6 grammes.

Sans doute, sous l'influence de pareilles doses administrées d'emblée, le malade pourra présenter quelques-uns des phénomènes qui composent ce qu'on appelle l'*iodurie* tels que coryza, larmoiement, bouffissure des yeux, céphalalgie, etc... mais que sont ces inconvénients, en face du danger qui menace ? Trop heureux sera le malade s'il peut, à ce prix, éviter une infirmité déplorable.

Car, sachez-le bien, Messieurs, les deux écueils, les deux causes réelles d'insuccès en pareille occurence, sont : une *intervention trop tardive* ou une *intervention trop timide* dans la médication iodurée. Donner l'iodure de potassium le plus tôt possible et le donner à haute dose, voilà le véritable secret de la médication et la clef du succès.

Quant au *traitement local*, il ne joue qu'un rôle très-secondaire. D'abord il est complétement inutile pendant la période initiale. Plus tard, seulement à la période d'ulcération, il peut avoir quelque importance comme adjuvant.

Diverses méthodes ont été prescrites. Celle qui réussit le mieux consiste simplement en ceci : badigeonnages bi-quotidiens à la teinture d'iode ; douches émollientes dirigées sur le voile pour déterger la surface des plaies et détacher les enduits adhérents, etc. ; gargarismes émollients alternés avec gargarismes iodurés, tels que le suivant :

Eau distillée	250 grammes
Iodure de potassium	3 à 6 grammes
Teinture d'iode	25 à 50 gouttes.

Mêlez.

A la période de réparation, quelques cautérisations légères avec le nitrate d'argent peuvent être utiles pour activer la cautérisation.

Mais ce qu'il faut proscrire comme éminemment inutile, comme dangereux même, c'est l'emploi des cautérisations énergiques, de ces cautérisations pratiquées avec l'acide nitrique le nitrate de mercure, le chlorure de zinc, etc. Je les ai vu mettre en œuvre, je les ai expérimentées moi-même plus d'une fois, et toujours elles m'ont paru suivies des plus fâcheux effets.

Enfin, quand la perforation est faite, quand le désastre est accompli, tout n'est pas encore perdu cependant. Il faut continuer le traitement spécifique, ou bien l'inaugurer, si, comme le cas est fréquent, rien n'a été fait encore pour prévenir le mal ; car, il importe de sauver du voile ce qui peut en être sauvé et de résoudre ce qui reste de l'infiltration gommeuse.

Si même la perforation est petite, il n'est pas impossible qu'on parvienne à en

obtenir la réparation intégrale, grâce d'une part au traitement interne, et d'autre part à des attouchements fréquemment répétés avec la teinture d'iode ou le crayon de nitrate d'argent. C'est là par exemple ce qui s'est produit sur l'une des malades que je vous ai présentées il y a quelques semaines. Cette femme, qui n'était pas traitée jusqu'alors, est entrée dans une salle avec une perforation palatine de deux millimètres de diamètre environ ; soumise au traitement que je viens de vous indiquer elle a complètement guéri.

Mais si la perforation est plus étendue, elle reste au-dessus de ressources de l'art; elle est définitive. Elle ne peut plus alors être guérie que par l'intervention chirurgicale ou palliée par des méthodes prothétiques. Mais réservons ce dernier point, dont j'aurai à vous entretenir longuement à propos des lésions du palais osseux, lésions qui feront le sujet de notre prochaine réunion.

COURS COMPLÉMENTAIRES DE LA FACULTÉ

COURS DE M. FOURNIER, sur la *Syphilis tertiaire*

Recueilli par M. PORAK, interne des hôpitaux.

VII.

Lésions tertiaires du palais.

MESSIEURS,

A l'étude des lésions tertiaires du voile du palais doit succéder tout naturellement celle des lésions tertiaires de la muqueuse du palais osseux.

Les lésions de cette muqueuse sont exactement celles que nous avons déjà rencontrées sur les autres départements de la bouche. Elles consistent simplement en ceci : *Syphilides ulcéreuses* : *Syphilides gommeuses* ; et chacun de ces deux groupes est ici ce qu'il est ailleurs, comme vous allez le voir.

I. — *Les syphilides ulcéreuses* consistent en des ulcérations qui se produisent sans succéder à une tumeur initiale, primitivement solide. Elles succèdent simplement à un érythème de la muqueuse avec saillie légère, puis soulèvement de l'épiderme, et formation d'une érosion superficielle, laquelle dégénère rapidement en une entamure du tégument muqueux, ou une *ulcération* véritable.

Ces syphilides présentent, comme signes objectifs, absolument les mêmes attributs que les syphilides ulcéreuses du voile membraneux, avec lesquelles d'ailleurs elles coexistent le plus souvent. C'est ainsi qu'il est commun de rencontrer sur le palais des ulcérations qui occupent à la fois et la portion dure et la portion molle de la voûte palatine. Inutile donc de vous refaire aujourd'hui la description de ces syphilides, que je vous ai exposée en détail dans notre dernière réunion.

II. — *Les syphilides gommeuses* sont ici bien moins communes qu'au voile. Elles se présentent sous l'aspect de petites tumeurs saillantes, à la surface desquelles la muqueuse est rouge et tendue comme dans un abcès. Ces tumeurs se ramollissent, s'ouvrent, dégénèrent en un ulcère gommeux, qui offre les caractères classiques des lésions gommeuses, caractères déjà signalés et inutiles à reproduire.

Mais déjà, Messieurs, vous avez compris l'intérêt spécial qui, sur cette région, se rattache à de tels accidents. La muqueuse sur laquelle ils se produisent est adhérente à des portions osseuses, si intimement adhérente qu'elle se confond avec le périoste de ces os au point de constituer une membrane « fibro-muqueuse » (Sappey). Or il suit de là que les lésions de cette muqueuse sont facilement exposées à retentir sur la couche osseuse sous-jacente, à intéresser le système osseux.

De plus, inutile de vous dire quelles sont les conditions de cette portion osseuse. Rappelez-vous ce qu'est le plafond de la bouche : une voûte très-mince, lamelleuse, constituée par l'apophyse palatine du maxillaire et la portion horizontale du palatin.

Donc, si peu que cette voûte vienne à être lésée, elle est exposée, par cela seul, à se détruire, et, une fois détruite, une *communication* s'établit immédiatement entre la cavité de la bouche et celle du nez. Rationnellement, voilà ce que dit la simple inspection anatomique des parties, et, cliniquement, c'est là ce qui se produit. Si peu, en effet, que les ulcérations de la portion dure du palais soient graves, profondes, creuses, elles intéressent le périoste, puis l'os, et se compliquent presque nécessairement de lésions du squelette qui constitue le septum naso-buccal.

Si l'atteinte portée au squelette n'a été que peu grave, superficielle, la portion la plus extérieure de l'os est affectée seule et s'exfolie; la réparation se fait quand la petite esquille a été éliminée, et le palais reste intact, n'est pas perforé. Cela est loin d'être rare ? Assez communément, à la suite d'une ulcération du palais, le stylet porté sur la voûte reconnaît un point sur lequel il arrive en contact avec l'os dénudé. Grande est l'alarme en ces conditions ; on croit qu'une perforation va se produire. Fort souvent il n'en est rien ; la lésion reste ce qu'elle est un certain temps, ne se cicatrise pas, ou persiste à l'état de petite fistulette. Puis une lamelle osseuse très-mince se fait jour, devient mobile, se détache ou peut être enlevée par le mors d'une pince ; et tout aussitôt la plaie se cicatrise. Quelquefois même l'élimination de cette petite esquille se fait d'une façon latente, sous forme d'une fine poussière osseuse qui s'élimine insensiblement.

Mais, en d'autres cas, lorsque l'os a été atteint plus gravement, les choses ne se passent pas d'une façon aussi bénigne, tant s'en faut. L'os dénudé s'enflamme et se nécrose sur une étendue plus ou moins considérable. A sa surface persiste pendant longtemps une ulcération fistuleuse, au fond de laquelle un stylet peut sentir des portions osseuses à découvert. Puis ces portions nécrosées se détachent. Et alors, nécessairement, une *perforation* s'établit, perforation qui ouvre une communication entre la bouche et les fosses nasales.

Telle est l'origine ou telle est du moins l'une des origines les plus communes de ces perforations de la voûte osseuse palatine, lesquelles, vous le savez, constituent un accident fréquent de la syphilis tertiaire et un de ceux qui portent le plus avec eux le cachet de la spécificité vénérienne.

Arrêtons-nous donc sur ces lésions qui comportent un réel intérêt pratique.

Un mot d'abord sur leur origine anatomique, sur leur pathogénie, pour n'avoir plus par la suite à revenir sur ce point.

L'origine de ces accidents est variable.

1° Tantôt la perforation osseuse s'établit, comme nous l'avons vu, *consécutivement à une lésion de la muqueuse* qui revêt l'os ; et cette muqueuse peut être indifféremment ou celle de la bouche ou celle des fosses nasales. Dans ce cas, c'est la lésion tégumentaire qui est initiale ; la lésion osseuse n'est que consécutive. C'est parce que le tégument muqueux a été primitivement altéré, lésé, détruit, que l'os plus tard est mis à nu et se nécrose.

2° Tantôt, inversement, la perforation se fait parce que *l'os a été atteint primitivement*. Il est devenu malade le premier ; il s'est inflammé, nécrosé, *proprio motu*, en vertu d'une lésion propre ; puis, consécutivement les feuillets muqueux qui le recouvrent sur ses deux faces ont été altérés, comme l'est tout tégument qui recouvre un os malade. Ici donc, os malade primitivement, lésion osseuse originaire; muqueuse affectée ultérieurement, lésion muqueuse secondaire.

Théoriquement, il semblerait devoir être assez facile de distinguer par leur mar-

che ces deux ordres de lésions. Pratiquement, la chose est tout autre, et en bien des cas, le plus habituellement même, on ne peut dire auquel de ces deux processus morbides on a affaire. Est-ce l'os qui a été le premier malade ? Est-ce au contraire la muqueuse qui a été affectée originairement ? Il est difficile, très-souvent impossible, de le dire. Et cela pour deux raisons : parce que d'abord les malades ne se présentent le plus souvent à l'examen du médecin qu'à une époque avancée de l'affection, alors que muqueuse et os sont affectés à la fois ; et il n'est plus guère possible dans ces conditions d'établir un diagnostic de priorité entre les lésions de la muqueuse et celle de l'os ; — en second lieu, parce que les lésions peuvent affecter simultanément dès l'origine l'os et la muqueuse. Notez, en effet, que la voûte palatine, composée d'une lamelle osseuse comprise entre deux feuillets muqueux, n'offre qu'une épaisseur minime. Si peu qu'une lésion importante, telle qu'une infiltration gommeuse, se produise sur cette voûte, il est tout naturel qu'elle puisse d'emblée en affecter toutes les parties constituantes. Très-certainement la muqueuse et le périoste doivent être pris en même temps dans un certain nombre de cas, et il n'est pas alors de diagnostic de priorité à établir entre des lésions ayant une origine commune et synchrone.

En second lieu, un fait pratique et bien essentiel à établir consiste dans le *développement insidieux*, je dirai même le *développement presque latent* de ces lésions. Quelle qu'en soit l'origine, en effet, les lésions qui doivent aboutir à la perforation du palais osseux naissent et se confirment d'une façon des plus insidieuses, comme vous allez en juger.

1° D'abord, elles ne font pas souffrir. Elles se produisent et évoluent sans douleur. Or, la tendance générale des malades étant de mesurer la gravité de tout mal à la douleur qu'ils en éprouvent, vous jugez par cela seul s'ils doivent être trompés sur l'importance de la lésion qui se prépare.

2° De plus, cette lésion n'a vraiment aucun symptôme qui puisse en révéler la gravité future, même au malade le plus vigilant. En quoi consiste-t-elle au total, non pas seulement dans les premiers temps, mais alors même que la muqueuse recouvre un os malade, enflammé, nécrosé ? En une petite saillie du palais, fistuleuse à son sommet, hémisphérique ou en forme d'amande, saillie comparable à ce qu'est sur la gencive un abcès symptomatique d'une carie dentaire. Comment voulez-vous qu'un malade s'inquiète bien fort de cela ? Il considère cela comme une misère, et souvent même ne songe pas à consulter un médecin « pour si peu. » Vient-il par hasard réclamer votre avis sur cette petite lésion, vous le trouvez stupéfait, incrédule, alors qu'après avoir pratiqué une exploration au stylet (précaution qu'il ne faut jamais omettre en pareil cas), vous lui apprenez que sous cette tumeur d'apparence insignifiante se trouve un os malade, un os *mort* qui doit se détacher et qui, en se détachant, laissera suivant toute vraisemblance une perforation du palais.

Donc, cette *allure bénigne* de la lésion est merveilleusement faite, je le répète, pour tromper le malade. J'ajouterai qu'elle est même assez bénigne, en certains cas, pour tromper le médecin. Si le médecin n'est pas averti au préalable de cette apparence spéciale de la lésion, il ne soupçonnera pas toujours, d'après le récit du malade ou l'aspect de la région, la gravité réelle du mal qui se prépare. Sachez bien cela, Messieurs, et ne vous laissez pas prendre à ce piége. En face d'une lésion palatine, quelque bénigne qu'elle puisse vous paraître, tenez-vous en défiance. Alors même qu'il n'y a pas une grande ulcération, un grand dégât local apparent,

un os évidemment à nu, retenez votre pronostic et ne préjugez rien sans avoir examiné complètement l'état des parties. Commencez par tirer de votre trousse un stylet explorateur, et voyez ce qu'il y a au fond de la fistule. Cela seul vous mettra à l'abri d'une méprise toujours possible. — Inutile d'ajouter que, dans l'espèce, cette exploration doit être faite avec un grand ménagement. Poussé trop vivement dans la fistule, le stylet courrait risque de déchirer les parties molles, et de compléter une perforation non encore accomplie.

Siège. — Où se rencontrent de préférence les perforations du palais osseux ? Tous les points de la voûte ne sont pas également exposés à en devenir le siège ; elles affectent au contraire des points d'élection, que l'anatomie seule, *a priori*, pourrait faire prévoir. Ces points sont : 1° *la portion médiane et centrale de la voûte ; 2° les portions postérieures plutôt que les antérieures.* Il est à cela de bonnes raisons, à savoir :

1° Raisons anatomiques. — Les portions médianes de la voûte osseuse et surtout les parties postérieures sont extrêmement minces, relativement aux parties latérales et antérieures. De plus, c'est au niveau des parties osseuses les plus épaisses que la muqueuse présente son maximum d'épaisseur, et c'est sur les parties les plus minces qu'elle devient également le plus tenue.

2° Raisons pathologiques — Les lésions ulcéreuses du voile, qui sont si communes, intéressent fréquemment par propagation le palais osseux. Il est tout naturel en conséquence que ce palais osseux soit plus fréquemment affecté en arrière qu'en avant.

Étendue. — Très-variable. Tous les dégrés supposables de mutilation du palais osseux se rencontrent dans la pratique, depuis la perforation minime admettant à peine un stylet de trousse jusqu'à la destruction complète, absolue, de la voûte osseuse.

Ainsi, vous observerez tantôt des perforations si petites qu'elles ne seraient pas appréciables à simple vue et que le stylet seul vous en révèlera l'existence ; tantôt des perforations admettant le passage d'une sonde ordinaire ou d'un porte-plume ; plus souvent encore, des perforations comparables comme diamètre à une pièce de 20 ou de 50 centimes (ce sont là les proportions le plus communément observées) ; plus rarement vous en rencontrerez égalant les dimensions d'une amande ou d'une pièce d'un franc. En quelques cas vous constaterez des destructions portant sur un tiers, sur une moitié de la voûte, notamment dans les parties postérieures. Exceptionnellement enfin vous pourrez observer des destructions complètes du palais, destructions ne s'arrêtant qu'aux arcades dentaires, lesquelles même (comme je vous le dirai plus tard) sont parfois intéressées dans ces mutilations effroyables.

Formes. —Les perforations palatines sont fréquemment arrondies, et cela d'une façon parfois si régulière qu'on les dirait dessinées au compas. Assez souvent aussi elles sont ovalaires, à grand axe antéro-postérieur. D'autres fois, surtout quand elles sont très-étendues, elles n'affectent plus de formes spéciales ; elles sont alors tout-à-fait irrégulières.

Conséquences. Les troubles fonctionnels qui succèdent à ces perforations sont, comme nature, exactement ceux qui résultent de la perforation du voile et que je vous signalais jeudi dernier, à savoir : troubles de la phonation ; reflux nasal des aliments et des boissons.

Et, de même que pour la perforation du voile, ces troubles fonctionnels sont remarquables ici par l'*instantanéité* de leur apparition. Tant que la perforation n'est pas produite, tant qu'elle en est seulement à se préparer, ces troubles n'existent pas ; dès le moment où la perforation s'est faite, ces troubles se manifestent aussitôt. Rien d'étonnant à cela du reste, puisque de tels symptômes sont la conséquence d'une cause toute matérielle, toute physique.

De même aussi que pour la perforation du voile, ces troubles sont soumis comme intensité à l'étendue de la perforation du palais osseux. Si la perforation est minime, troubles fonctionnels minimes ou nuls. Si la perforation est très-étendue, si la destruction est considérable, troubles intenses. Et entre ces degrés extrêmes, tous degrés intermédiaires de troubles fonctionnels, parallèles aux degrés intermédiaires des lésions.

Ici seulement quelques différences à signaler. Deux surtout :

1° Les troubles de phonation sont en général moins marqués avec une perforation du palais osseux qu'avec une perforation du voile du palais ; et cela pour des raisons physiologiques que je n'ai pas à développer ici.

2° Les troubles de déglutition qui résultent des perforations osseuses du palais sont moins susceptibles d'être atténués par « l'éducation des parties » que ceux qui résultent de perforations membraneuses. Je m'explique. Souvent les malades affectés de perforation du voile arrivent à avaler assez convenablement, parce qu'ils habituent leur voile à avaler d'une certaine façon. Les malades affectés de perforation osseuse n'ont pas cette ressource, parce que le palais osseux rigide ne se prête pas comme le voile à certains artifices de déglutition.

Evolution. — Une fois produites, ces perforations, cela va sans dire, persistent et restent définitives. Tout d'abord, elles sont circonscrites par un bourrelet ulcéreux. Ce bourrelet, sous l'influence de soins convenables, se résorbe ; l'ulcération se cicatrise, et les bords de la perte de substance se couvrent d'une fine cicatrice adhérente aux tissus durs, c'est-à-dire aux portions osseuses saines.

Traitement. — Pour remédier aux troubles fonctionnels qui résultent des perforations et des destructions de la voûte palatine (osseuse ou membraneuse, peu importe), il faut et il suffit que la perte de substance soit comblée, obturée. Dès que, par un moyen quelconque, la communication anormale de la bouche avec les fosses nasales vient à être fermée, immédiatement la voix se reconstitue et la déglutition s'opère normalement ; dès que cette communication se rétablit, tout aussitôt les troubles reparaissent, et ainsi de suite.

Les malades ont parfaitement conscience de ce phénomène, et il est curieux de les voir parfois s'ingénier à chercher des moyens plus ou moins bizarres pour combler leur perforation et ramener de la sorte les fonctions à l'état physiologique. Les moyens les plus primitifs les plus grossiers leur suffisent souvent, en remplissant, au moins d'une façon temporaire, l'office d'obturateur. Exemple : Un de mes malades, affecté d'une perforation du palais osseux où l'on aurait facilement passé un porte-plume, se bouchait cette perforation avec un tampon de linge roulé. Grâce à ce tampon, il pouvait parler et déglutir, comme à l'état normal.

Autre cas plus singulier encore : Il y a quelques mois, je reçus la visite d'un malade que je reconnus dès les premiers mots pour être affecté d'une perforation du voile du palais, en raison de sa voix nasillarde et confuse. A peine assis, ce monsieur tira de sa poche un cahier de papier à cigarettes.... Je regardai avec surprise

ce qu'il allait faire. Il prit une feuille de ce papier à cigarettes, en déchira un fragment, le mouilla légèrement du bout des lèvres, puis le colla lestement sur le palais, au point où existait la perforation ; et tout cela, Messieurs, en un clin d'œil, en bien moins de temps certes que je n'en mets à vous le raconter. Tout aussitôt la voix devint claire, absolument parfaite. Au bout de cinq minutes de conversation, subitement la voix s'altéra de nouveau. « Ah ! me dit le malade, voilà mon papier tombé. » Alors même manœuvre ; nouvelle feuille de papier à cigarettes collée sur la perforation, et, immédiatement, rétablissement parfait de la voix.

Il suffit donc du moindre septum, du moindre obturateur, fût-il le plus élémentaire , il suffit d'un morceau de linge, d'une feuille de papier à cigarettes, pour que, la communication anormale de la bouche avec le nez se trouvant comblée, les fonctions se rétablissent.

Eh bien, tel est le principe sur lequel sont basées les diverses méthodes de traitement applicables aux perforations et aux destructions du voile du palais. Ces méthodes sont de deux ordres :

1° Les unes consistent en des procédés chirurgicaux, sanglants, ayant pour but ou bien de réunir les lambeaux écartés du voile membraneux (staphylorraphie) ; — ou bien de combler par autoplastie la perte de substance du palais osseux (uranoplastie). Ces deux méthodes s'appliquent, cela va sans dire, à des cas différents, et il n'entre pas dans mon sujet de vous formuler les indications auxquelles elles répondent, non plus que le manuel opératoire qu'elles comportent. Cela est affaire de chirurgie pure, et je serais mal venu à m'aventurer sur un terrain étranger.

2° Les autres méthodes sont des procédés prothétiques. En bien des cas, le recours aux procédés chirurgicaux peut être rendu inutile, grâce à d'ingénieux appareils de prothèse. La prothèse, il faut le reconnaître, rend ici les services les plus signalés aux malades, en les délivrant de deux infirmités également insupportables. D'une part, elle fait ce que la chirurgie peut faire et il n'est pas sans avantage alors de la substituer aux moyens chirurgicaux, lesquels ne sont pas toujours exempts de dangers, et n'atteignent pas toujours le but qu'ils se proposent, tant s'en faut. D'autre part, elle est applicable à presque tous les cas, même à ceux pour lesquels la chirurgie reste impuissante, tels que ces énormes pertes de substance du palais osseux et membraneux, ces destructions complètes de la voûte palatine dont nous avons parlé précédemment.

Et en quoi consistent les moyens dont elle dispose? En des obturateurs, en de véritables palais ou segments de *palais artificiels*, qui, appliqués sur la voûte ou au niveau du point où existait la voûte, et soutenus, immobilisés par des procédés divers, prennent la place et remplissent les fonctions de la voûte palatine. Ces obturateurs sont construits en substances diverses, soit en métal (or, soit platine, etc.), soit plus souvent en caoutchouc vulcanisé. Ils sont soutenus soit par des crochets, des ailes, des éperons, soit par des ressorts, soit par d'autres artifices dont l'étude appartient à l'art dentaire et ne trouverait pas ici sa place.

Passons donc sur ces détails techniques. L'essentiel pour nous et le seul fait à enregistrer, c'est le résultat fourni par ces appareils. Or, quand ils ont été bien construits et bien adaptés aux régions, quand ils sont tolérés par les malades et quand les malades en ont pris l'habitude, ils fournissent presque toujours (je ne dis pas constamment) des résultats très-satisfaisants, merveilleux même en certains cas.

Avec ces appareils, les malades peuvent mastiquer, déglutir et parler presque

comme à l'état normal. Quelquefois même après un certain temps « d'apprentissage», les fonctions sont absolument et parfaitement rétablies. L'illusion est complète, et ces palais artificiels se substituent alors presque sans désavantage aux palais normaux. J'ai vu déjà quantité de malades qui, affectés de perforation ou de destruction de la voûte palatine et ne pouvant ni parler intelligiblement, ni déglutir sans reflux, ont repris l'intégrité de leurs fonctions, grâce à des pièces artificielles habilement construites.

Pour vous en convaincre, je vous dirai simplement ceci : un de nos plus grands artistes dramatiques contemporains, un de nos acteurs les plus applaudis (je regrette bien de ne pouvoir citer son nom) porte un de ces palais artificiels qui comble une énorme perte de substance de la voûte osseuse. Sans le secours de cet appareil, il ne peut ni manger, ni boire surtout, sans reflux ; sans cet appareil, il ne peut parler, sa voix devenant aussitôt nasillarde, bredouillante et confuse. Avec son appareil, il mange, il boit comme tout le monde, et il parle surtout, non plus comme tout le monde, mais mieux que tout le monde ; à preuve les applaudissements que que vous et moi lui avons souvent prodigués.

LÉSIONS TERTIAIRES DE LA MUQUEUSE NASALE.

Les lésions tertiaires de la muqueuse nasale sont encore identiques comme forme à celles qui précèdent. Ce sont ou des *syphilides ulcéreuses* ou des *lésions gommeuses*.

A la partie antérieure des fosses nasales, là où nous pouvons le mieux apprécier ces lésions, nous les voyons consister soit en des ulcérations qui se produisent à la face interne des narines, à la paroi interne de l'aile du nez ou sur la cloison, ulcérations assez creuses, circonscrites en général, quelquefois découvertes, quelquefois partiellement revêtues de croûtes ; — soit plus rarement en des productions gommeuses. Comme exemple de ce dernier ordre de lésions, je vous citerai un malade qui, après 26 ans de syphilis, fut affecté d'une infiltration gommeuse de l'aile du nez. La face cutanée de la région était semée de petits nodules gommeux secs, surmontés çà et là de fines croûtelles. A la face interne proéminait une série non moins nombreuse de petits mamelons hémisphériques, régulièrement arrondis, réunis en groupe et serrés les uns contre les autres ; recouverts par la muqueuse encore intacte mais vivement injectée, ces mamelons rappelaient assez bien l'aspect d'une grappe de groseilles rouges.

Ces deux ordres de lésions ne présentent rien de spécial comme symptômes et comme évolution. Quelques-unes de leurs particularités locales méritent seulement de nous arrêter.

Ce que présentent de remarquable ces lésions, c'est d'abord leur *indolence* excessive. Elles naissent et se développent le plus souvent à l'insu du malade. Souvent même elles arrivent à ulcérer, à détruire le tissu sous-muqueux sans que les malades en aient conscience. C'est ainsi qu'en bien des cas on a vu des ulcérations nasales perforer la cloison tout en restant absolument *latentes*, ignorées.

Plusieurs faits de ce genre sont consignés dans la science. Récemment encore, j'ai eu l'occasion d'en observer un exemple. Une jeune femme vint me consulter. se plaignant d'une « mauvaise odeur » qu'elle répandait par le nez. J'examinai le

nez et découvris aussitôt une perforation récente de la cloison, perforation assez étendue, du diamètre d'une pièce de vingt centimes environ. Or, cette lésion avait passé inaperçue, et la malade fut stupéfaite littéralement quand je lui en révélai l'existence.

Comme symptômes spéciaux, ou plutôt comme conséquences spéciales de ces lésions, je signalerai encore : 1° la *mauvaise odeur* de l'air sortant des narines, odeur plus ou moins fétide, aboutissant parfois à l'ozène ; — 2° les *troubles de l'odorat*, se produisant alors que la muqueuse est affectée sur une certaine étendue ou que des filets du nerf olfactif viennent à être intéressés.

En raison de son peu d'épaisseur et de son adhérence intime avec les os qu'elle recouvre, la pituitaire ne saurait être profondément affectée dans sa trame sans danger pour le système cartilagineux ou osseux. Aussi, dans la plupart des cas, les ulcérations profondes de cette muqueuse aboutissent-elles à ceci : lésions cartilagineuses et surtout *lésions osseuses ;* inflammation des os ; nécrose consécutive ; et, comme conséquence, effroyable infirmité connue sous le nom d'*ozène tertiaire.*

Aussi, l'importance des lésions tégumentaires s'efface-t-elle ici devant celle des lésions osseuses, lesquelles cependant, en bien des cas, ne leur sont que consécutives. Pour cette raison, je renvoie ce que j'aurai à vous dire de ces accidents au chapitre des lésions osseuses nasales, qui feront le sujet d'une de nos prochaines réunions.

LÉSIONS TERTIAIRES DU PHARYNX.

Les lésions tertiaires du pharynx se groupent sous les trois chefs suivants : 1° Syphilides ulcéreuses ; — 2° Syphilides gommeuses ; — 3° Gommes sous-muqueuses.

Etudions rapidement ces diverses lésions, en insistant seulement sur ce qu'elles présentent de plus intéressant et de plus pratique.

I. — *Syphilides ulcéreuses.* — Les syphilides ulcéreuses sont ici ce qu'elles sont ailleurs, ce qu'elles sont sur les autres départements muqueux. Elles ne présentent rien de spécial ni dans leurs caractères, ni dans leur évolution. Il suffira donc de les mentionner ici à leur place. Du reste, elles sont assez rares, et de plus relativement bénignes, par rapport aux autres lésions qui vont nous occuper.

II. — *Syphilides gommeuses.* — Les lésions gommeuses de la muqueuse pharyngée sont extrêmement communes, presque aussi communes que les lésions gommeuses du voile palatin.

Elles se présentent ici sous deux formes distinctes, qui demandent à être décrites séparément, à savoir : forme de *tumeurs circonscrites* ; forme d'*infiltration en nappe.*

1° La gomme *circonscrite* est de beaucoup la plus fréquente ; c'est aussi la forme la plus bénigne. Elle consiste simplement en ceci : petite tumeur nettement circonscrite, développée dans la muqueuse du pharynx ; tumeur qui, originairement solide, se ramollit plus tard, s'ouvre et aboutit à une ulcération du derme muqueux. Cette ulcération rappelle au plus haut degré l'aspect de l'ulcération gommeuse, à savoir : plaie de forme généralement circulaire ; — plaie remarquablement creuse, entamant fortement le derme muqueux, à bords nettement découpés dans une aréole dure, infiltrée, rouge, saillante, et formant une sorte de cadre à la

lésion ; — plaie à fond jaunâtre, ou bien d'aspect bourbillonneux, ou bien revêtu d'une sorte d'enduit crémeux muco-purulent ou diphthéroïde, de couleur jaunâtre ou blanc-jaune. Le plus souvent, il n'existe qu'une seule de ces lésions. Quelquefois, on en rencontre plusieurs, deux, trois, et même davantage ; cela est plus rare.

2° La gomme *en nappe* se différencie de la précédente, en ce qu'au lieu de constituer une tumeur circonscrite de la muqueuse, elle consiste en une infiltration qui s'étend en surface, et envahit sous forme de nappe une portion plus ou moins considérable de la muqueuse pharyngée.

C'est ainsi que l'on trouve, par exemple, la paroi postérieure du pharynx dégénérée sur une étendue variable en un tissu dur, lardacé, résistant. Dans ce cas, la muqueuse boursouflée se rapproche des parties antérieures, jusqu'à arriver parfois à une faible distance de la partie la plus postérieure du voile.

D'autres fois, l'infiltration diffuse porte sur les piliers de l'isthme qui deviennent épaissis, durs, fermes, rigides. D'une part alors, cette infiltration tuméfie la région et lui donne l'aspect de l'hypertrophie ; d'autre part, elle a pour conséquence de diminuer d'autant les diamètres de la cavité pharyngienne ou de l'isthme bucco-pharyngien. Si bien qu'en certains cas, il se produit une véritable *atrésie gutturale*, par suite de l'hypertrophie des tissus pariétaux.

Cette forme particulière de lésions gommeuses ne diffère pas du reste comme évolution, des gommes de tout genre. Après un certain temps, elle subit le ramollissement que subissent les gommes, s'ulcère sur plusieurs points, et dégénère en de larges ulcérations, proportionnelles comme étendue à celle de l'infiltration.

Telles sont, Messieurs, les lésions que peut développer la syphilis tertiaire sur le pharynx. Voyons actuellement quels troubles fonctionnels accusent ces lésions.

On l'a dit avec raison : « La syphilis tertiaire vient prendre domicile dans le pharynx sans apparat et sans bruit. » Début ignoré et développement indolent, tel est le premier caractère à mettre en relief ici et à signaler à l'attention du médecin.

Plus tard, en se développant, ces lésions n'occasionnent encore qu'une gêne insignifiante de la gorge, et peu ou pas de douleurs, si peu même que le malade ne s'inquiète pas, qu'il est à cent lieues de se supposer atteint d'une lésion sérieuse de la gorge. La douleur et les troubles fonctionnels ne commencent guère qu'avec l'ulcération. Et encore quelle est cette douleur, quels sont ces troubles fonctionnels ? Ici, une distinction est nécessaire à établir suivant les cas, car les phénomènes peuvent différer du tout au tout. Si la lésion est unique ou si des lésions même multiples sont peu étendues et siégent sur la paroi postérieure du pharynx, douleur nulle ou presque nulle, troubles fonctionnels insignifiants ; rien autre qu'un certain embarras, un certain malaise de la gorge, avec besoins fréquents de cracher, et c'est tout.

Au contraire, si les lésions sont confluentes, étendues, si elles occupent les parties voisines de l'isthme, ou *à fortiori* si des lésions de la paroi postérieure se sont étendues jusqu'à l'isthme, alors douleurs véritables, douleurs peu intenses, il est vrai, à l'état de repos de la gorge, c'est-à-dire quand le malade n'avale pas ; mais *dysphagie* très-accentuée. Tous mouvements de déglutition pénibles. Déglutition des solides très-douloureuse, impossible même. Malade forcé de s'alimenter de

liquides, de bouillies, de soupes. Déglutition des liquides également douloureuse; vin, alcooliques et acides devenus insupportables; quelquefois reflux nasal (même sans perforation) produit par la rigidité du voile ou la gêne extrême des mouvements de déglutition. Mastication également gênée par les mouvements de la mâchoire, qui retentissent vers la gorge. Voix altérée, non comme timbre, mais comme intensité, et comme articulation des sons ; de plus, voix nasonnée. Besoins fréquents de cracher, en raison de l'abondance de la salive et de la gêne pour avaler; expulsion de mucosités tantôt claires et filantes, tantôt mêlées de pus et striées de sang.

Tels sont les phénomènes qui accompagnent les lésions tertiaires du pharynx. Et vous voyez, Messieurs, qu'en somme ces phénomènes sont très-différents suivant les cas, suivant l'étendue et la confluence des lésions. Avec des lésions circonscrites, symptomatologie presque nulle, se réduisant à un malaise guttural insignifiant (et notez que c'est là de beaucoup le cas le plus commun); avec des lésions étendues, troubles fonctionnels des plus sérieux, des plus accentués.

Ici, Messieurs, une particularité de siége doit encore nous arrêter, et mérite d'autant plus notre attention qu'elle est peu connue, en général, et trop peu remarquée.

Il n'est pas rare — je pourrais presque dire il est assez commun — que les syphilides tertiaires du pharynx aillent se loger en un département spécial de cet organe, *derrière l'orifice psotérieur des fosses nasales*.

Là, vous le comprenez du reste, elles se dérobent aux yeux, deviennent *larvées*. Or, c'est précisément ce caractère larvé qui constitue le danger de ces lésions. Situées dans un siége aussi profond et aussi peu accessible aux modes usuels d'exploration, ces ulcérations sont le plus souvent méconnues. Je ne crois pas exagérer en disant qu'elles sont méconnues neuf fois sur dix.

Et pourquoi méconnues? Parce que ces ulcérations de siége spécial ne produisent presque aucun trouble fonctionnel, ou produisent des troubles fonctionnels si peu intenses que le plus souvent les malades n'y prennent pas garde. Pas de douleur, à vrai dire; simple gêne, de l'arrière-gorge, et gêne obscure, nécessairement mal définie par le malade. En certains cas spéciaux, seulement, bourdonnements d'oreille, dureté de l'ouïe (cela n'a lieu que dans le cas où l'orifice de la trompe est intéressé par la lésion) ; — et coryza persistant (alors que les arrières-narines sont affectées), avec besoins plus fréquents de se moucher, et expulsion de matières purulentes, jaunes, quelquefois striées de sang.

Qu'arrive-t-il alors, neuf fois sur dix, quand on est consulté pour de tels symptômes? On inspecte la gorge par les procédés usuels, c'est-à-dire en se contentant d'introduire une cuiller dans la bouche. On ne trouve rien; on est rassuré par cela seul; et l'on diagnostique ou bien coryza chronique, coryza simple, ou bien catarrhe de la trompe. Souvent même, alors qu'il n'y a ni coryza, ni troubles de l'ouïe, alors qu'une certaine gêne de l'arrière-gorge est seule accusée, on croit à une douleur rhumatismale de la gorge ou à une angine des plus bénignes, et l'on passe outre. Très-fréquemment, on se laisse prendre de la sorte à méconnaître ces lésions, et on expose ainsi les malades à des accidents ultérieurs graves.

Il y a quelques années, j'ai commis une méprise de ce genre, dont je m'accuse et que je veux vous raconter, parce que c'est là un type du genre d'erreurs auxquelles exposent les lésions spécifiques que nous étudions. Une jeune femme, que j'avais soignée déjà pour des affections diverses, mais qui ne m'avait jamais avoué ses antécédents syphilitiques, vint me consulter pour une certaine gêne qu'elle éprouvait dans la gorge. J'examine cette gorge, tout simplement en abaissant la langue avec une cuiller. Je ne trouve rien. En raison de l'état de santé, d'ailleurs excellent, je ne vois rien de sérieux à cette légère angine ; je crois à quelque douleur rhumatismale de la gorge, et je prescris un gargarisme. Quelques jours après, la malade revient, accusant toujours une gêne dans la gorge. Elle n'en souffre pas, dit-elle, mais elle y ressent un embarras constant. Je l'interroge à nouveau, et ne trouve aucun trouble fonctionnel. Pas de coryza, pas de trouble de l'ouïe. J'interroge même sur la syphilis, tout prêt, en cas d'aveu, à faire une exploration spéciale. Négation. Rassuré, je conseille d'attendre encore quelques jours, en continuant le même gargarisme émollient. Quelques jours plus tard, nouvelle visite. Le mal persiste toujours. Cette fois, je veux en avoir le cœur net. J'examine avec insistance par le procédé usuel. Rien. Je soulève légèrement le voile. Rien. Enfin, je m'arme de deux cuillers, et je soulève complétement le voile en le renversant. J'aperçois alors le segment inférieur d'un magnifique ulcère qui s'étalait sur la paroi postérieure du pharynx, tout-à-fait supérieurement, et qui conséquemment était masqué d'une façon complète par le voile. Cet ulcère avait une physionomie telle que, sans interroger derechef la malade, je lui affirmai qu'elle avait eu autrefois la syphilis, ce dont elle finit par convenir, du reste, après quelques dénégations préliminaires.

Aussi, avis pratique : Alors qu'un malade, se disant ou non affecté de syphilis, vient nous consulter pour un mal de gorge profond, sans lésions apparentes à l'examen, *suspecter une lésion sus-palatine du pharynx et rechercher cette lésion*.

La rechercher, comment ? D'une façon spéciale. Ou bien par l'examen rhinoscopique ; ou bien, ce qui pourra suffire en bien des cas, en soulevant fortement le voile, de façon à le renverser et à apercevoir directement les portions rétro-palatines du pharynx. Cette manœuvre est plus facile à exécuter qu'on ne le croit *a priori*. Le voile du palais est certes doué d'une sensibilité très-délicate ; on ne peut le toucher, l'effleurer, sans provoquer aussitôt des mouvements réflexes. Mais s'il se révolte, alors qu'on se contente de l'effleurer, il devient singulièrement docile dès qu'il se sent pris ; il se laisse faire alors, si je puis ainsi parler. Du moment où l'on applique sur lui fortement un releveur quelconque, tel qu'une cuiller à café, on peut le relever horizontalement, on peut même le renverser, et de la sorte apercevoir une bonne portion de la paroi postérieure du pharynx, point où se localisent le plus volontiers les ulcérations tertiaires de la région. C'est en procédant de la sorte que j'ai pu en maintes occasions, plus de vingt fois déjà pour le moins, découvrir des ulcères larvés du pharynx, origine de troubles fonctionnels jusqu'alors inexpliqués.

Et si j'insiste de la sorte, Messieurs, sur ces lésions, si je vous recommande de les rechercher avec un soin extrême, c'est qu'elles entraînent ou peuvent entraîner de graves conséquences. D'abord, méconnues et non traitées, elles peuvent s'étendre, irradier aux parties voisines, devenir l'origine de ces vastes et terribles destruc-

tions dont nous allons nous occuper dans un instant. — En second lieu, elles peuvent engendrer des troubles persistants de l'ouïe, déterminer une surdité incomplète ou même complète, en ulcérant, oblitérant, détruisant les trompes. J'ai déjà vu plusieurs exemples de surdité unilatérale ou bilatérale ayant eu pour origine des lésions de ce genre, lésions bien entendu non diagnostiquées à leur origine et non traitées, si ce n'est alors qu'il n'était plus temps. — En troisième lieu et surtout ces lésions, en se propageant vers les arrière-narines et la portion postérieure des fosses nasales, peuvent déterminer des *nécroses* et servir d'origine à cette effroyable maladie connue sous le nom d'*ozène tertiaire*. Écoutez en effet les malheureux sujets affectés d'ozène vous raconter le début de leur maladie. Très-souvent la maladie a préludé chez eux par un *mal de gorge postérieur*, par un enchifrènement guttural, par un coryza singulier qui semblait, comme ils le disent, « siéger en arrière, vers la gorge. » Ils ont vu pour cela plusieurs médecins, se sont promenés de consultation en consultation, sans qu'on fît bien attention à leur mal. C'était « peu de chose », leur disait-on, et eux-mêmes d'ailleurs ne s'en inquiétaient que médiocrement. Puis est venu un moment où une mauvaise odeur s'est exhalée de leur nez ; cette odeur n'a fait que s'accroître et a dégénéré en une fétidité repoussante. A ce moment on a exploré les fosses nasales avec un stylet et l'on a reconnu une nécrose siégeant tout-à-fait en arrière, vers le pharynx.

Exemple : Une jeune femme reçut la syphilis de son mari dès le début de son mariage. Ignorant la nature du mal, elle ne s'en traita pas, ou, pour mieux dire, elle n'en fut traitée à son insu que très-incomplétement. Quinze ans plus tard, elle commença à souffrir de la gorge, mais obscurément, « tout-à-fait en arrière et en haut. » Elle éprouvait en même temps « un rhume de cerveau singulier et très-persistant. » Pendant deux ans elle salit progressivement de deux à six mouchoirs par jour. Ne comprenant rien à de tels symptômes, elle consulta plusieurs médecins qui prescrivirent divers remèdes, lesquels demeurèrent inefficaces pour la bonne raison que la cause du mal n'était pas connue et partant non combattue. Finalement elle commença à exhaler une odeur fétide, faible d'abord, puis épouvantable. Alors seulement on s'inquiéta ; alors seulement le mari songea qu'il pourrait bien y avoir quelque chose de son fait dans ce mal jusqu'alors inexpliqué. Il me fit mander, et je n'eus pas de peine à reconnaître avec le stylet de vastes nécroses occupant la partie la plus postérieure des fosses nasales. Or, pour vous dire quelle gravité peuvent avoir de telles lésions, voilà *deux ans* que ces nécroses ont été reconnues ; et, elles n'ont pas encore achevé de s'éliminer aujourd'hui ! Et voilà deux ans que cette malheureuse femme est condamnée à une véritable séquestration, en raison de l'infirmité déplorable qui est la conséquence de tels accidents !

III. — *Gommes sous-muqueuses du pharynx.* — Pour la plupart des cas, l'histoire de ces gommes sous-muqueuses se confond avec celle des syphilides gommeuses de la même région. Le plus souvent, en effet, les gommes sous-muqueuses sont de petites tumeurs qui, après être restées un certain temps solides et dures, se ramollissent, s'ouvrent, et forment à la surface de la muqueuse des ulcérations absolument identiques à celles qui résultent des gommes intra-muqueuses. Il nous suffirait donc de mentionner simplement l'existence possible

de ces lésions si je ne devais à leur propos relever deux faits importants, qu'il est essentiel de porter à votre connaissance en raison de l'intérêt pratique qui s'y rattache.

D'abord, ces gommes sous-muqueuses sont susceptibles d'affecter en certains cas (peu fréquents, il est vrai) un volume assez considérable et de créer de véritables *tumeurs* pharyngées. Ces tumeurs, par le seul fait de leur volume, peuvent devenir très-importantes et exposer à des erreurs de diagnostic très-regrettables. C'est ainsi qu'on a vu des gommes sous-muqueuses du pharynx prendre le volume d'une demi-noix. J'en ai observé une qui offrait la dimension d'une noix. Mais il y a plus. M. le docteur Davasse a relaté un fait des plus curieux, dans lequel une gomme du pharynx présentait le volume d'un œuf de poule. Au pourtour de cette gomme tous les tissus ambiants étaient détruits. Les os eux-mêmes, privés de périoste, étaient devenus rugueux, noirâtres, nécrosés et comme desséchés. — C'est vraisemblablement encore à une tumeur de ce genre qu'est relatif le fait suivant que je signale à votre attention. Un malade était affecté d'une tumeur du pharynx, diagnostiquée cancer encéphaloïde. Cette tumeur fut opérée par Blandin. Après une guérison qui dura six mois, le mal récidiva sur place et fit bientôt des progrès si rapides que Blandin considéra le malade comme absolument incurable et l'envoya à Bicêtre. Là, M. Maisonneuve examina la tumeur, qui, à cette époque, était devenue énorme. Elle occupait la région latérale gauche du cou et toute la région parotidienne ; elle pénétrait de plus dans le pharynx, déprimait le voile du palais et menaçait le malade de mort par asphyxie. L'iodure de potassium fut administré. En moins de six semaines, la tumeur avait disparu sans laisser de traces ! (Maisonneuve, *Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses.* Paris, 1854).

Un second fait non moins essentiel à noter, c'est qu'en raison de leur voisinage avec le larynx et l'œsophage ces tumeurs ont pu, en quelques cas, occasionner des phénomènes de dyspnée et de dysphagie des plus accusés, voire même une compression assez intense pour déterminer des troubles sérieux et menacer la vie. C'est ainsi que j'ai eu l'occasion d'observer le fait suivant dans ces dernières années.

Un malade commença par être affecté de ce qu'il appelait un mal de gorge, avec difficulté pour avaler. La nature du mal ayant été méconnue, les symptômes s'aggravèrent, et vint un moment où la dysphagie fut extrême ; ce malheureux ne pouvait presque plus rien avaler. A cette dysphagie se joignit bientôt une dyspnée progressive. Après avoir essayé inutilement de divers remèdes, cet homme se souvint qu'il avait eu autrefois la syphilis et me fit demander. Ne trouvant la raison de ces symptômes étranges ni dans l'examen de la gorge qui était très-saine, ni dans l'état du cou et des parties environnantes où n'existait aucune tumeur susceptible d'exercer une compression, je pratiquai le toucher du pharynx, et, très-inférieurement, tout-à-fait au niveau de l'orifice glottique, je découvris une tumeur volumineuse, située au-devant de la colonne vertébrale, proéminente, du volume d'une grosse noix. Cette tumeur était dure et évidemment solide, tout en paraissant commencer à se ramollir à son point le plus culminant. J'administrai l'iodure de potassium ; et quelques jours après, ce malade que j'avais trouvé presque asphyxiant, mangeait librement et respirait de même. Quelques semaines plus tard il était complétement guéri.

Quelque graves qu'aient pu déjà vous paraître, Messieurs, les lésions qui précèdent, nous ne les avons cependant encore étudiées que sous leurs formes relativement bénignes. D'abord, nous ne les avons envisagées jusqu'ici que circonscrites à tel ou tel département des muqueuses buccale, nasale, pharyngienne. Or, ces lésions, au lieu de se confiner isolément sur telle ou telle de ces muqueuses, se montrent souvent associées, combinées à des lésions identiques d'autre siége. Ainsi, rien de plus fréquent que d'observer simultanément des lésions gommeuses du voile et du pharynx, des lésions gommeuses du voile membraneux et du palais osseux, des lésions nasales et pharyngées, etc... De cela, je vous ai montré déjà de nombreux exemples. De plus, il n'est pas très-rare que ces lésions affectent dans leur évolution une *malignité* particulière, soit que d'emblée elles prennent une extension rapide, que certains auteurs ont pu sans exagération qualifier de formidable, soit (ce qui est plus fréquent) qu'elles affectent la marche du phagédénisme chronique, rebelle à tous remèdes. C'est ainsi qu'on a vu chez certains malades la gorge et le pharynx être envahis en totalité par des lésions ulcéreuses, qui très-rapidement détruisaient la muqueuse, les tissus sous-jacents et les os. C'est ainsi qu'on a vu des lésions de même ordre ravager pendant des mois, des années entières, la bouche, l'isthme du gosier, la gorge, les fosses nasales, le pharynx, et même s'étendre jusqu'au larynx et à l'œsophage, en détruisant muqueuse, tissu cellulaire, muscles, cartilages, os, pour aboutir finalement à ces délabrements horribles qu'on a pu, non sans raison, comparer à ceux du lupus cutané. Sous cette forme l'affection constitue un véritable *lupus guttural*.

En d'autres cas encore, ces lésions revêtent une bien autre gravité, car elles aboutissent à ce qu'on peut appeler le *lupus osseux*, dans lequel les os sont affectés et se détruisent à la façon des téguments. Tels sont les cas où, consécutivement à des ulcérations multiples de la bouche, du pharynx et du nez, les os correspondants des fosses nasales, de la bouche et du crâne, se nécrosent et se détruisent. Je me rappelle avoir vu, pendant mon internat chez M. Ricord, un malade qui, consécutivement à un lupus muqueux naso-guttural, présentait des nécroses et des destructions de presque tous les os de la face et de quelques os du crâne. Mais rien n'est comparable sur ce point aux lésions formidables qu'offrit un malade dont Delpech nous a laissé l'histoire. Cet infortuné, consécutivement à un lupus qui avait détruit le palais et transformé la bouche, le nez et le pharynx en une énorme caverne béante, fut affecté d'un lupus osseux de la face et de la base du crâne. La liste des os qu'il perdit ou qui furent cariés est vraiment effrayante. D'abord, les cornets, le vomer, les os propres du nez et tout le rebord alvéolaire de l'os maxillaire supérieur droit, furent éliminés à l'état de séquestres. La voûte palatine, en second lieu, était absolument détruite, et le sinus maxillaire librement ouvert. De plus, le stylet permettait de constater des nécroses étendues des deux maxillaires supérieurs, de l'os malaire droit, de l'unguis droit, de tout l'ethmoïde, de la région moyenne du coronal et du corps de sphénoïde. Enfin, un séquestre énorme se détacha dans le pharynx et faillit asphyxier le malade; c'était « *l'angle basilaire tout entier de l'occipital!* »

Ce que doivent être les symptômes qui accompagnent de si effroyables lésions, vous le pressentez déjà, Messieurs ; ce sont d'une part les symptômes très-amplifiés des lésions que nous avons étudiées précédemment sous leurs formes bénignes ; ce sont

d'autre part des phénomènes de cachexie, inséparables de délabrements aussi monstrueux. Résumons en quelques mots cette double série d'accidents.

I. D'abord, phénomènes douloureux plus ou moins accentués, terribles quelquefois comme intensité ; parfois au contraire, bien qu'assez intenses en certains moments, faiblement accusés en général, relativement à l'étendue des lésions. — Puis, tout naturellement, salivation effroyable, continue. Je traitais récemment un malade affecté de la sorte, qui ne venait chez moi qu'avec une serviette à la main (une serviette, les mouchoirs ne lui suffisaient plus), et avec une provision d'autres serviettes en poche, car il en usait une en moins d'une heure.

Mastication devenue impossible, en raison de la douleur. — Déglutition horriblement douloureuse. — Reflux nasal des solides et des liquides. Pour manger ou pour boire, certains de ces malades sont forcés de renverser la tête en arrière, et de prendre les attitudes les plus étranges. Une malade, citée par le docteur Machon, était forcée, pour avaler les liquides et les aliments qui se mangent à la cuiller, de se coucher sur le dos ; elle *jetait* sa nourriture dans son gosier, et ne parvenait à l'avaler que de la sorte, etc. — Phonation nasonnée, plus que confuse, transformée en bredouillement inintelligible. — Perte de divers sens, de l'odorat et du goût spécialement, souvent aussi de l'ouïe. — Odeur fétide de l'haleine. Ozène. — Engorgement sous-maxillaire, plus ou moins considérable, quelquefois peu marqué, d'autres fois très-intense.

II. En second lieu, comme phénomènes généraux : Détérioration progressive de la constitution. — Affaiblissement. — Pâleur ; anémie par inanition, se combinant à une sorte de *toxémie* par ingestion continue de matières purulentes et septiques. — Troubles digestifs ; inappétence. — Fièvre erratique. — Et finalement marasme, cachexie.

La mort vient, comme une véritable délivrance, mettre fin à cette horrible scène. Quelquefois aussi, la maladie est terminée par quelque affection intercurrente, telle notamment que érysipèle ou pneumonie de l'ordre de celles qu'on appelle pneumonies ultimes.

Pour ne rien omettre dans cette symptomatologie déjà si chargée, disons encore que les lésions dont nous poursuivons l'étude ont été quelquefois l'occasion d'accidents graves ou même mortels, tels que les suivants :

1° *Hémorrhagie*. Deux fois, on a vu ces ulcérations profondes du lupus syphilitique déterminer des hémorrhagies de l'artère linguale. Herbert Mayo a dû lier la carotide primitive pour une hémorrhagie de la linguale, survenue dans ces conditions.

2° *Caries vertébrales*. Ce n'est là qu'un accident extrêmement rare, dont je n'ai pas encore observé d'exemple pour ma part. J. Frank a vu se produire consécutivement à un ulcère ancien de la gorge une paralysie des membres supérieurs; à l'autopsie, il trouva une carie du corps des troisième, quatrième et cinquième vertèbres cervicales, dont l'altération s'étendait jusqu'aux membranes de la moelle enflammée.

3° *Ostéites de la base du crâne*, avec réaction sur l'encéphale et les membranes. Les accidents de ce genre ne sont pas très-rares. Vous en trouverez une série dans le livre de M. Lagneau fils, et dans divers recueils. On a même fait la remarque, que les accidents cérébraux qui se manifestent de la sorte, à la suite de lésions crâniennes succédant aux lupus de la base du crâne, sont particulièrement graves et fréquemment mortels.

Je n'ai pas à dire si les lésions que nous venons d'étudier laissent après elles, alors qu'elles se réparent, des délabrements, des destructions plus ou moins considérables. Leurs dégâts sont nécessairement proportionnels à l'étendue et à la profondeur des ulcérations. Mais ce que j'ai à ajouter — et ceci est un intéressant chapitre dans l'histoire de ces lésions, — c'est qu'elles sont parfois suivies de *cicatrices vicieuses*, qui peuvent devenir l'origine de nouveaux troubles, de nouveaux accidents. De ces cicatrices vicieuses, les unes portent sur l'isthme, et constituent l'*atrésie gutturale* ; les autres consistent en une véritable *ankylose palato-pharyngée.*

1° *Atrésie gutturale.* — Quand et comment se produit cette atrésie du gosier ? Lorsque les parties qui constituent le détroit de la gorge (c'est-à-dire voile, piliers, base de la langue) ont été infiltrées par le néoplasme gommeux et profondément ulcérées, il arrive qu'après cicatrisation, elles se rétractent comme font les tissus inodulaires, ou bien qu'en se cicatrisant leurs lambeaux ulcérés contractent les uns par rapport aux autres des rapports vicieux. Dans l'un ou l'autre cas, il se produit ceci, c'est qu'à un moment donné, quand la cicatrisation est bien faite, l'isthme du gosier se trouve rétréci, amoindri dans ses diamètres transverses, verticaux et obliques. En outre, constitué, partiellement au moins, par des tissus cicatriciels, c'est-à-dire fibreux et inodulaires, il ne forme plus un sphincter élastique, mobile, susceptible d'ampliation ; tout au contraire, il est réduit à l'état d'un orifice rigide, inflexible, immobilisé, dur. De là, tout naturellement, gêne notable dans la déglutition, gêne plus ou moins accusée et proportionnelle tant au rétrécissement qu'à l'inflexibilité de l'anneau guttural. C'est ainsi que, dans un cas observé par M. Ricord, l'isthme guttural était extraordinairement rétréci par l'implantation vicieuse des deux piliers sur la portion médiane de la base de la langue ; l'un de ces piliers venait même s'insérer jusqu'au centre de la langue ! La déglutition des solides était impossible ; les liquides même ne passaient qu'avec une extrême difficulté. Aussi, les rétrécissements gutturaux portés à ce degré ont-ils exigé parfois une intervention chirurgicale, pour détruire les brides et élargir l'ouverture de la gorge.

2° *Ankylose palato-pharyngée.* — La seconde variété de cicatrices vicieuses est bien autrement fréquente. Elle consiste dans la soudure du voile du palais au pharynx, dans une sorte d'*ankylose palato-pharyngée*, si je puis ainsi dire. Ce qui se produit alors est très-singulier, et il faut que je vous parle avec quelques détails de ce curieux phénomène, qui n'est pas sans frapper d'étonnement la première fois qu'on le constate.

Consécutivement aux lésions ulcéreuses de l'isthme et de la gorge, il arrive parfois que le *moignon* du voile soit attiré en arrière vers les parties latéro-postérieures ou postérieures du pharynx, et vienne se souder, se *souder* anatomiquement, à ces parties. Le voile palatin alors, au lieu de rester incliné en arrière et en bas, suivant sa courbure normale, se relève, devient horizontal, et se porte transversalement en arrière vers le pharynx. Là, il semble s'être greffé sur le pharynx ; en tout cas, il est continu avec lui par une véritable fusion de tissus.

Cette soudure du voile au pharynx peut n'être que partielle ; elle peut aussi être complète. Quelquefois, c'est un simple lambeau du voile, une sorte de bride, qui se porte du voile au pharynx. Dans un cas que j'ai eu l'occasion d'observer avec M. Gueneau de Mussy, on voyait une petite bride, de l'épaisseur de deux milli-

mètres, se porter obliquement, en dehors et en arrière de la luette, jusqu'à la partie latéro-postérieure du pharynx. D'autres fois, c'est une moitié du voile qui subit cet entraînement en arrière et cette fusion. Plus souvent, c'est le voile tout entier.

Et quand cette fusion est complète, qu'en résulte-t-il anatomiquement et physiologiquement ?

Anatomiquement, la cavité du pharynx se trouve divisée en *deux étages*, par un septum, par une cloison de nouvelle formation, cloison qui n'est autre que le voile devenu transversal et adhérent au pharynx. De ces deux étages, l'un, le supérieur, répond en avant à l'orifice postérieur des fosses nasales, et l'autre, l'inférieur, à l'orifice postérieur de la bouche. — Le plus souvent, ces deux étages communiquent ensemble par un orifice médian, ouvert en rideaux, et maintenu ouvert grâce à l'écartement des moignons latéraux du voile. Le doigt indicateur peut, en général, pénétrer dans cet orifice ; seulement, quand il y est introduit, il se sent étreint par un anneau rigide, dur, fibreux d'apparence, et fibreux aussi de nature, comme l'ont démontré les nécropsies. En d'autres cas, cet orifice est assez étroit pour ne plus admettre que le petit doigt, ou même un porte-plume, une sonde ordinaire ; quelquefois, il est réduit à un simple pertuis. — Parfois, enfin, cet orifice n'existe plus. Le cloisonnement est alors absolu entre l'étage supérieur et l'étage inférieur ; le pharynx supérieur est absolument séparé du pharynx inférieur.

Physiologiquement, quelles sont les conséquences de cette adhérence vicieuse ? Au point de vue de la déglutition, rien ou presque rien, à moins qu'à ce mode vicieux de cicatrice ne s'en joigne un autre, l'atrésie de l'isthme. — Au point de vue de la phonation, trouble marqué de la voix qui prend le timbre nasillard. Le malade parle alors « dans le nez », exactement comme lorsque les fosses nasales sont occluses par un polype ou même par un violent coryza. — Pour la respiration, enfin, troubles plus graves. Les malades ne peuvent plus respirer que par la bouche. La bouche fermée, ils asphyxient.

Récidives. — Enfin, Messieurs, après guérison, les lésions que nous venons d'étudier peuvent récidiver, soit sur tel point du pharynx jusqu'alors respecté, soit même *in situ*, sur le tissu de cicatrice. Ces récidives ne sont pas rares. Nous en observons actuellement dans nos salles un triste exemple, sur une femme affectée de lésions gommeuses du voile et du pharynx. Cette malade que je vous présenterai dans quelques instants en est, non pas à la première, mais à la deuxième récidive *in situ* de lésions de ce genre. — On a même vu, dit-on, ce singulier septum palato-pharyngien dont je vous parlais à l'instant être détruit par des ulcérations de récidive.

Traitement. — Après ce que je vous ai dit relativement au traitement des ulcérations du voile palatin, il me reste peu de chose à ajouter sur le traitement des mêmes lésions pharyngées.

L'iodure de potassium est ici encore le remède par excellence. Dans la grande généralité des cas, il produit à très-bref délai la modification et la réparation des lésions tertiaires pharyngées. Huit ou neuf fois sur dix, il guérit avec cette merveilleuse sûreté, cette incroyable rapidité d'action que vous lui connaissez. Rarement il est utile de lui associer le mercure.

Le mercure, du reste, est ici bien moins actif, il faut le reconnaître, que l'iodure de potassium. On l'a accusé d'être nuisible, d'avoir précipité en quelques cas la marche envahissante des lésions. Je ne saurais dire ce qu'ont de fondé ces

accusations. Ce que je sais, c'est que tout au contraire le mercure a souvent eu, de par les faits relatés dans la science, de très-heureux résultats dans les lésions de ce genre, voire dans les cas les plus graves de ces lésions. Et ce que je sais aussi par expérience personnelle, c'est que, forcé en certains cas rebelles d'appeler le mercure au secours de l'iodure de potassium, je me suis très-heureusement trouvé de cette association. Un des cas les plus graves que j'ai vus de lupus guttural, avec destructions osseuses, a guéri, après insuccès de l'iodure de potassium administré seul, par l'adjonction à l'iodure des frictions mercurielles, prescrites *largâ manu*.

Comme traitement local, ce qu'il y a de mieux éprouvé consiste encore ici en badigeonnages à la teinture d'iode, gargarismes émollients, et douches pharyngées. Ces douches, pratiquées tout simplement avec l'irrigateur vulgaire chargé d'eau de guimauve, sont un excellent moyen pour déterger les ulcères de la bouche et du gosier, en détacher les enduits adhérents qui les recouvrent, et permettre à la teinture d'iode d'atteindre la surface même des ulcères.

Je passerai sous silence diverses médications préconisées contre cette variété de lésions : fumigations de cinabre ; pulvérisations médicamenteuses ; insufflations de poudres ; douches sulfureuses ; action plus qu'illusoire des eaux minérales, etc, etc... Mais ce que je ne puis taire, c'est l'inutilité et je dirai même l'influence nuisible des cautérisations, telles qu'on les pratiquait autrefois et telles que les pratiquent encore certains médecins de nos jours, avec des caustiques violents (acide nitrique, acide sulfurique, chlorure de zinc, acide chromique, etc.). Je n'ai jamais obtenu ni vu obtenir le moindre résultat favorable de ces cautérisations, qui ne font qu'exaspérer le mal et lui communiquer une sorte d'impulsion ulcéreuse.

Inutile enfin d'ajouter que, dans les cas de lupus de la gorge se compliquant d'adynamie et d'inanition progressive, il est des indications d'un autre genre auxquelles il importe de satisfaire. Ici, très-évidemment, en même temps qu'on administre les spécifiques, il faut s'efforcer de relever, de soutenir l'économie défaillante, et pour cela, mettre en œuvre tous les agents de la médication reconstituante; il faut surtout s'efforcer de *nourrir* les malades — difficulté capitale — et de les nourrir en leur fournissant des aliments qu'ils puissent avaler (bouillies, soupes, hachis de viande, gelées, laitage, jus de viande, etc.).

Bien évidemment encore, dans les cas de ce genre, l'iodure est le seul remède spécifique qui puisse être administré par l'estomac. Les mercuriaux, en effet, risqueraient de déterminer des troubles digestifs et de compromettre les fonctions qu'il importe le plus de respecter. Quand il faut y recourir, et l'indication s'en présente en certains cas, c'est par la méthode endermique seule qu'il convient d'administrer le mercure, c'est-à-dire par le système des frictions.

COURS COMPLÉMENTAIRES DE LA FACULTÉ

Cours de M. Fournier, sur la *Syphilis tertiaire*,

Recueilli par M. Porack, interne des hôpitaux.

VIIIe et IXe Leçons.

Lésions tertiaires des organes génitaux.

Messieurs,

Les lésions tertiaires des organes génitaux nous occuperont aujourd'hui. C'est là, je puis le dire, une question sinon entièrement nouvelle, au moins nouvelle sur beaucoup de points. Je l'aborderai avec d'autant plus de soin qu'elle est peu connue en général et presque absolument négligée par les classiques. Elle est bien digne d'intérêt cependant, comme vous allez le voir.

J'avais songé d'abord, pour ménager votre temps, à réunir dans une description commune les lésions génitales des deux sexes. Mais ce mode d'exposition pour avoir l'avantage d'abréger et d'aller plus vite en besogne, m'a semblé défectueux à divers titres. J'ai craint, réflexions faites, qu'il ne perdît en précision ce qu'il pourrait gagner en brièveté. Les descriptions générales, en effet, en raison de la multiplicité des éléments qu'elles embrassent, perdent souvent ce qu'ont de topique les descriptions particulières. Et cet inconvénient serait ici plus regrettable qu'ailleurs, alors que nous allons avoir affaire à un sujet nouveau, minutieux, chargé de détails locaux qui varient nécessairement avec le siége de la lésion. J'étudierai donc séparément chez l'homme et chez la femme ce que la syphilis détermine comme accidents sur les organes génitaux à la période tertiaire.

I. — LÉSIONS GÉNITALES TERTIAIRES CHEZ L'HOMME.

Inutile d'établir tout d'abord que, dans leur département cutané, les organes génitaux de l'homme sont exposés à tous les accidents cutanés de la syphilis tertiaire. On y rencontre les mêmes lésions que sur tout autre point du système tégumentaire, à savoir notamment : *Syphilides ecthymateuses* et *Syphilides gommeuses*. Les premières surtout y sont assez fréquentes. De plus, ces diverses lésions se présentent là avec les caractères qu'elles offrent ailleurs. Rien de bien spécial à mentionner sur leur compte. Tout au plus aurai-je à dire que les syphilides génitales perdent plus facilement leurs croûtes que les syphilides correspondantes d'autres siéges, et se présentent le plus souvent (non pas toujours) sous forme d'ulcérations *à découvert*. Mais ce n'est là qu'affaire de détail, et, si je n'avais rien de plus important à vous dire, je n'aurais pas ouvert un chapitre spécial au groupe d'accidents dont l'étude va suivre.

Tout au contraire, lorsque les syphilides tertiaires occupent les départements *muqueux* des organes génitaux, elles affectent des caractères bien autrement diffi-

ciles à reconnaître, assez difficiles même parfois pour que ces lésions soient restées longtemps ignorées comme nature ou aient été confondues jusqu'à une époque peu éloignée de la nôtre avec des accidents de formes très-différentes.

Quelles sont donc ces lésions? Il en est de deux ordres.

1° — Les unes se présentent d'emblée ou, sinon d'emblée, du moins presque dès leur début, sous forme d'ulcérations, d'entamures du tégument muqueux. On les appelle, ici comme ailleurs, des *syphilides ulcéreuses*. Ces syphilides ulcéreuses des muqueuses génitales correspondent exactement à ce que sont sur la peau les syphilides dites ecthymateuses ou pustulo-crustacées, lesquelles, comme vous le savez, consistent en ces deux éléments : une ulcération, qui est la lésion vraie, et une croûte qui n'est qu'un épiphénomène accessoire, une apparence éventuelle de la lésion. Mais, tandis que sur la peau cette croûte est presque constante, elle fait défaut au contraire sur les téguments muqueux où elle ne trouve pas les conditions requises à son mode de formation. Il suit de là que les syphilides des muqueuses génitales s'offrent toujours à l'examen sous forme de lésions ulcéreuses. On n'observe d'exceptions à cette règle que chez les sujets dont le gland privé de prépuce ou habituellement découvert a perdu les attributs d'une surface muqueuse pour prendre ceux du tégument cutané.

2° — Des lésions d'un autre genre consistent en des productions gommeuses. Ce sont des *gommes*, c'est-à-dire des néoplasmes originairement solides et n'aboutissant que plus tard à l'ulcération.

Etudions tour à tour ces deux groupes d'accidents.

1° *Syphilides ulcéreuses.* — Celles-ci sont assez communes à la période tertiaire, beaucoup plus communes même qu'on ne le dit, qu'on ne le croit généralement.

Elles peuvent occuper tous les points de la muqueuse génitale. Le plus habituellement on les rencontre sur le gland ou dans la rainure glando-préputiale.

Comme lésions, elles consistent simplement en ceci, des *ulcérations*. Ces ulcérations, disons-le immédiatement, ne présentent aucun caractère pathognomonique ni même aucun attribut assez saillant pour permettre d'en affirmer l'essence spécifique à première vue. Ce sont en effet des ulcérations assez *banales* d'aspect ; — plus ou moins creuses, généralement demi-creuses, c'est-à-dire entamant le derme muqueux sans le perforer, le détruire ; — à circonférence limitée par un liseré rouge plutôt que par une aréole véritable ; — à bords assez nettement découpés, sans être cependant taillés à pic, dans l'acception stricte du mot; — à fond plus ou moins lisse, non aréolaire, de couleur variable, jaune-rougeâtre le plus habituellement, ou jaune-gris avec un semis rouge ; — à base sans caractères, quelquefois molle et souple, d'autres fois engorgée, inflammatoire, pâteuse, d'autres fois encore rénitente, dure, parcheminée ; — à suppuration assez abondante, jaune verdâtre et séro-plegmoneuse.

L'étendue de ces ulcérations est variable avec leur âge. Miliaires à leur début, lenticulaires plus tard, elles prennent, à l'époque de leur développement complet, les dimensions d'une pièce de 50 centimes ou d'un franc, dimensions qu'elles dépassent quelquefois, mais assez rarement.

Leur forme est assez habituellement circulaire, parfois même très-régulièrement circulaire, d'autres fois ovalaire, elliptique, allongée. Cette forme d'ailleurs est évidemment soumise à des influences de siége. Ainsi, tandis que sur le gland ces lésions sont généralement cerclées, sur la rainure, au contraire, elles sont presque

toujours allongées dans le sens de la rigole glando-préputiale, et deviennent tout-à-fait irrégulières au niveau de la fossette du frein.

Leur nombre n'est pas moins sujet à variétés. Souvent il n'existe qu'une seule de ces ulcérations. D'autres fois on en compte 2, 3, 4, rarement davantage. J'en ai cependant observé jusqu'à 5 et 6 bien distinctes, occupant simultanément le prépuce et le gland.

Ainsi que vous avez dû le remarquer déjà, Messieurs, en écoutant cet exposé de symptômes, les syphilides ulcéreuses génitales ne présentent aucun attribut qui soit de nature à les distinguer nettement, et cela même après analyse minutieuse de leurs divers caractères. Ce sont des ulcérations, et voilà tout. Donc ces lésions doivent courir risque d'être confondues avec des ulcérations d'autre nature, notamment avec la plus fréquente des ulcérations génitales, à savoir le chancre simple. C'est là en effet ce qui a lieu, et c'est là précisément ce qui fait l'intérêt de cette forme spéciale d'accidents. *Le plus souvent, en pratique, ces syphilides tertiaires des organes génitaux sont prises pour des chancres simples.* Une telle confusion disons-le, est si naturelle, si facile à commettre, que les plus experts ne sont pas sûrs d'y échapper. Il n'y a pas longtemps d'ailleurs qu'on s'est préoccupé de différencier sur les organes génitaux les accidents consécutifs des accidents primaires. Nos pères n'y regardaient pas de si près, et tout ce qui se produisait *sur la verge* à l'état d'ulcère était pour eux réputé chancre *ipso facto*. Dois-je dire que certains de nos contemporains en sont encore sur ce point où en étaient nos pères?

Pour l'instant, ne faisons que signaler le fait : ressemblance objective indéniable entre les syphilides ulcéreuses génitales et le chancre simple. Plus tard, à propos de la question diagnostique, nous nous occuperons de différencier cliniquement ces deux ordres de lésions.

2° *Lésions gommeuses.* — Sans être très-communes, les gommes génitales ne sont pas rares chez l'homme. J'en ai déjà réuni pour ma part plus de cinquante observations.

Comme toutes les gommes, elles se présentent sous deux aspects très-différents suivant l'âge auquel on les rencontre. Jeunes, elles constituent des tumeurs solides; vieillies, elles ne sont plus que des ulcérations d'un certain genre. Examinons-les successivement à ces deux étapes de leur évolution.

Dans leur première période, elles consistent en de petites tumeurs solides, nées dans la muqueuse ou sous la muqueuse, et formant des sortes de *nodi*, de noyaux, ou des plaques d'induration sèche.

Rien de plus curieux à étudier, rien de plus étrange que ces petites tumeurs.

Sous leur forme la plus habituelle, elles constituent des *noyaux d'induration circonscrite*, noyaux tout-à-fait comparables, comme vous allez le voir, à ce qu'est l'induration du chancre syphilitique.

Le point qu'elles occupent le plus communément, leur siége de prédilection par excellence, c'est la rainure glando-préputiale ou la couronne du gland ; et cela dans la proportion de 7 cas sur 10. Bien plus rarement on les observe sur d'autres départements de la muqueuse génitale.

Dans la rainure ou sur la couronne du gland, elles se présentent sous l'aspect suivant : A simple vue, presque rien d'appréciable ; tout au plus, léger relief en un point circonscrit. Mais, au toucher, sensation d'un noyau dur, d'un *calus*, comme si un corps étranger, tel qu'un noyau de cerise ou une amande, avait été introduit

sous la muqueuse. D'une part, ce calus est très-évident rien que par sa dureté, dureté comparable à celle du carton, quelquefois même à celle du cartilage, et tranchant d'une façon très-nette sur la souplesse physiologique des parties ambiantes. D'autre part, cette dureté est exactement circonscrite. Elle cesse brusquement, sans se continuer, sans se perdre par degrés dans les tissus voisins, ce qui la rend d'autant mieux et d'autant plus facilement appréciable. On sent manifestement qu'elle correspond à un néoplasme implanté dans la muqueuse, qu'elle constitue un noyau pathologique distinct, bien arrêté, isolable, comme le serait (je reprends à dessein la comparaison) un noyau de cerise enchâssé dans les téguments.

Comme forme, ce noyau est le plus souvent arrondi, sphéroïdal, ou hémisphérique. Quelquefois encore il est aplati et étalé en forme d'amande.

Comme volume, il peut être comparé à un pois, à un noyau de cerise, à une demi-noisette, à une aveline. Je ne l'ai vu que très-exceptionnellement affecter des proportions quelque peu supérieures.

Comme aspect de surface, il ne se différencie guère des parties ambiantes que par une coloration un peu plus sombre de la muqueuse. En certains cas, cette muqueuse revêt à la surface du noyau une teinte remarquablement foncée, d'un rouge lie de vin. D'autres fois inversement, alors qu'elle est fortement distendue par l'exsudat sous-jacent, elle prend un ton blanchâtre et exsangue, comme elle le fait plus fréquemment à propos des indurations exubérantes de certains chancres.

Enfin et surtout, le calus gommeux a pour caractère d'être essentiellement et absolument *aphlegmasique*. Il naît et évolue à froid. A son niveau comme autour de lui, nul signe de réaction inflammatoire ; nulle rougeur, nul empâtement etc. Pas plus de phénomènes douloureux. Spontanément d'abord, ce noyau est d'une indolence complète ; il n'est pas moins insensible au toucher, à la pression. On peut l'explorer, le presser entre les doigts, sans déterminer la moindre souffrance. Aussi n'est-il pas rare que des lésions de ce genre échappent plus ou moins longtemps à l'attention des malades, qui le plus souvent même ne s'en aperçoivent que par hasard et à une époque où elles ont acquis déjà un certain volume.

Le plus habituellement, on n'observe qu'un de ces noyaux gommeux. Il est bien plus rare qu'on en rencontre plusieurs, deux, trois ou quatre au maximum.

En résumé, donc : noyau dur, d'une dureté très-accusée et comparable à celle du chancre syphilitique ; noyau nettement circonscrit ; noyau aphlegmasique et indolent ; tels sont les attributs de cette curieuse lésion, curieuse lésion, car rien n'est plus étrange que ces *calus* de la verge, rien ne surprend plus quand on n'est pas au fait de ces accidents tout spéciaux. J'ai vu à leur sujet les diagnostics les plus bizarres être formulés ; j'ai même eu deux fois l'occasion de suspendre des opérations qui avaient été proposées contre des nodi de ce genre, et vous jugez par avance si une opération sanglante est indiquée contre de telles tumeurs. C'est qu'en effet les lésions qui précèdent sont en général très-peu connues et à peine indiquées par la plupart de nos classiques.

Dans une autre forme, un peu plus rare, ces indurations gommeuses se présentent sous un aspect différent. Au lieu de constituer un noyau sphéroïdal et circonscrit ; elles s'étalent en surface et prennent la forme lamelleuse. Infiltrant de la sorte la muqueuse sur une étendue plus ou moins considérable sans pénétrer en profondeur, elles méritent le nom *d'induration en nappe.*

C'est le plus habituellement sur le gland, au niveau de ses faces supérieures ou

latérales, qu'on rencontre les lésions qui affectent cette dernière forme. Ce qu'on observe alors consiste en une *induration interstitielle* de la muqueuse, induration affectant l'étendue d'une amande, d'une pièce d'un ou de deux francs. Quelquefois cette induration se circonscrit au niveau du méat. Dans ce cas, le sommet du gland se présente légèrement boursouflé, très-dur au toucher, d'une coloration d'un rouge sombre, violacée, vineuse ; les lèvres du méat ne s'écartent que difficilement et permettent à peine d'entrevoir l'urèthre dont la muqueuse et purpurine. D'autres fois encore, mais bien plus rarement, l'induration s'étend à une grande partie du gland, à la moitié, aux deux tiers de sa surface, exceptionnellement au gland tout entier, et constitue sur cet organe une sorte de *cuirasse*. L'extrémité du pénis, tout en conservant alors sa forme normale et son volume habituel, présente au toucher une résistance extraordinaire ; telle est parfois la dureté du gland qu'on le dirait coiffé d'une calotte cartilagineuse. Je me rappelle qu'un malade, qui venait me consulter pour un cas de ce genre, comparait sa verge à « *une verge de bois* ».

Les nodosités *sèches* que nous venons d'étudier composent l'étape de formation des gommes génitales. Voyons actuellement ce que deviennent ou peuvent devenir ces lésions dans un âge plus avancé.

Les indurations sèches de la verge ont tendance à rester assez stationnaires, au moins en général. Il est habituel de les voir subsister sous cet état de noyaux durs pendant plusieurs semaines au minimum, pendant plusieurs mois le plus souvent. Traitées, elles se résorbent, mais presque toujours assez lentement, assez difficilement, et j'ai vu bien des cas où l'on n'en obtenait la résolution qu'au prix de très-hautes doses de mercure ou d'iodure. Non traitées, elles poursuivent leur évolution naturelle, qui est celle de toutes les gommes, c'est-à-dire elles aboutissent à l'ulcération. Vers leur partie centrale se fait une érosion qui, d'abord circonscrite et superficielle, s'étend et se creuse. Si au lieu d'être nodulaire et pisiforme, l'induration s'est produite en surface, le processus ulcéreux se manifeste quelquefois sur plusieurs points, lesquels se réunissent et se fusionnent à un moment donné. Puis, une fois commencé, ce travail ulcéreux se poursuit rapidement, et bientôt la gomme entamée dans sa portion superficielle ne se présente plus que sous forme d'un ulcère à base dure à assise rénitente plus ou moins étendue.

En bon nombre de cas, c'est à cette époque seulement de la lésion que les malades commencent à s'inquiéter et qu'ils viennent réclamer nos soins, non pas qu'ils souffrent de l'ulcération qui s'est produite (car d'un bout à l'autre de son évolution la gomme génitale est et reste indolente), mais parce que le développement d'une ulcération sur la région sexuelle est chose qui les effraie, qui les gêne dans leurs habitudes, et qui éveille en eux la crainte d'une infection nouvelle, d'un «*chancre nouveau* ». C'est ce mot de *chancre*, en effet, qu'ils ont tous à la bouche, alors qu'ils viennent nous consulter à ce propos : « Un chancre m'est revenu, nous disent-ils invariablement ; j'ai rattrapé un chancre ». Toujours la gomme génitale ulcérée est présentée au médecin par le malade sous le nom de chancre ; rappelez-vous bien cela, Messieurs, pour la pratique. Et rien d'étonnant qu'un malade se trompe sur la nature d'un tel accident, alors que les médecins s'y trompent en bien des cas.

Quels sont donc les caractères de cet *ulcère gommeux génital*. A peu près ceux des ulcérations gommeuses de tout siège, à savoir :

1° Ulcération limitée, circonscrite, n'offrant guère, en général, que l'étendue

d'une lentille, d'une pièce de 20 ou de 50 centimes, d'un haricot, d'une amande, etc. n'atteignant que rarement des proportions supérieures ;

2° Ulcération *creuse*, remarquablement creuse, en nombre de cas, eu égard surtout à sa faible étendue. L'excavation de cet ulcère est un de ses caractères les plus frappants. Elle ne mesure guère moins en moyenne que 2 à 3, 4 et 5 millimètres de profondeur.

Quelquefois elle est plus creuse encore. A la rainure glando-préputiale, par exemple, il n'est pas rare d'observer de gros calus gommeux qui après s'être ulcérés, laissent béants de vastes cratères où se logerait facilement un haricot, voire une petite noisette. C'est là ce qu'on pourrait justement appeler la *caverne gommeuse* du gland. — Notez aussi ce détail intéressant pour le diagnostic. Plus l'ulcération est petite, plus la profondeur relative en est frappante. De toutes petites gommes, commençant à s'ouvrir, présentent souvent des ulcérations plus creuses que larges. Elles sont véritablement alors creusées *en puits* ; d'où l'épithète de *putéiforme* qui leur a été quelquefois appliquée. Cette apparence toute particulière est bien faite pour donner l'éveil sur la nature tertiaire de la lésion.

3° Ulcération éminemment *taillée à pic*. C'est ici que ces fameux *bords à pic*, dont on abuse tant et si légèrement dans les descriptions syphiliographiques, s'obervent sous leur forme la plus accomplie. L'ulcération est littéralement entaillée à l'emporte-pièce ; ses bords descendent verticalement vers son fond.

4° Ulcération à fond inégal, jaunâtre, *bourbillonneux*, c'est-à-dire constitué par une sorte d'eschare charnue, adhérente, laquelle n'est rien autre, comme dans toutes les gommes, que le tissu même de la tumeur en voie de désagrégation, de dégénérescence granulo-graisseuse, et de mortification.

5° Enfin, ulcération creusée au sein du tissu dur, manifestement infectée par le néoplasme gommeux, recouverte par une muqueuse rouge et tendue. De la sorte, l'ulcération est entourée d'une zône rénitente, est englobée dans une gangue de tissu morbide qui lui sert à la fois de cadre et de base. De là une certaine analogie, une analogie même frappante, entre cette lésion et le chancre induré, circonscrit sur les bords et doublé à sa base par le noyau d'induration spécifique. De là, tout naturellement, possibilité d'une confusion fréquemment commise, consistant en ce que l'ulcère gommeux génital est pris pour un chancre induré de récidive. Ne faisons pour l'instant que signaler cette erreur, dont nous aurons à envisager plus tard la portée pratique et doctrinale.

Avec de tels attributs objectifs, les gommes génitales aboutissent à constituer des lésions plus ou moins importantes. Suivant leur étendue, leur volume, leur profondeur, suivant aussi le siège qu'elles affectent, elles comportent des conséquences locales assez variées. Le plus habituellement, 18 ou 19 fois sur 20, elles se bornent à constituer des ulcérations plus ou moins profondes. Dans la rainure glando-préputiale, par exemple, là où elles sont le plus communes, elles produisent des entamures, des pertes de substance plus ou moins profondes ; mais, à part la difformité cicatricielle qui en résulte, elles ne conduisent à rien de plus grave. Au contraire, situées au niveau du méat uréthral, elles le creusent parfois, l'évident *en entonnoir*, et courent risque de déterminer consécutivement un certain degré de rétrécissement, *d'atrésie uréthrale*, lésion à laquelle il est éminemment difficile de porter remède. De même, situées au niveau de la fossette du frein ou sur le trajet de l'urèthre, elles exposent au danger d'une *perforation* et d'une *fistule uréthrale*. Mais ce

ne sont là, je dois le dire, que des accidents rares, presque exceptionnels, ne se produisant guère que dans des conditions spéciales, alors que des malades négligents ne se sont présentés que très-tardivement à l'observation du médecin, ou bien alors que la nature tertiaire de la lésion a été méconnue et partant non soumise à la médication qui lui convient.

Inutile d'ajouter, comme complément à cette symptomatologie, que les gommes de la verge peuvent au même titre que toutes les lésions de même siège, devenir l'origine de certaines complications locales. On les a vues quelquefois déterminer des accidents de balano-posthite, de phimosis, de paraphimosis, etc., accidents vulgaires, dépourvus de toute spécificité, et qu'il suffit en conséquence de mentionner. Ce sont là d'ailleurs des complications rares ; le propre des lésions tertiaires étant d'évoluer d'une façon tout-à-fait aphlegmasique et de ne retentir que mécaniquement, en quelque sorte, sur les tissus voisins, en dehors de toute irradiation inflammatoire.

En revanche, il se présente ici une remarque que je ne puis passer sous silence, parce qu'elle a trait à une particularité très-singulière et très-digne d'attention.

Les syphilides tertiaires des organes génitaux et plus spécialement encore les indurations gommeuses offrent cet attribut bizarre d'affecter assez fréquemment comme siège le point précis *où s'est produit le chancre initial*. J'ai noté déjà plus de 20 cas dans lesquels des nodi gommeux de la verge s'étaient développés sur l'emplacement du chancre originel, et cela à échéances variables, après 3, 4, 6, 8 ans et plus. Si un tel fait ne s'observait que de temps à autre, on pourrait considérer comme une coïncidence toute éventuelle ce rapport de siège entre le chancre initial et les accidents qui lui succèdent. Mais il s'observe au contraire assez fréquemment, il est même, oserai-je dire, assez commun. Est-ce donc qu'une influence particulière dirigerait les manifestations tertiaires sur le point où a porté la première atteinte du virus ? On serait presque tenté de le croire. Je n'ai pas assurément l'explication de ce fait bizarre ; mais ce fait existe, il est patent, indéniable, et je le signale à vos méditations.

A cet exposé des accidents tertiaires de la muqueuse génitale chez l'homme, je ferai succéder immédiatement, pour n'avoir plus à revenir sur ce sujet, quelques mots relatifs à deux autres modes de lésions tertiaires de la verge, à savoir : les gommes sous-cutanées du fourreau, et les indurations tertiaires ou nodi des corps caverneux.

I. *Gommes sous-cutanées du fourreau.*—Elles sont peu communes. —Elles se présentent avec les caractères habituels des gommes sous-cutanées, c'est-à-dire sous forme de tumeurs qui, originairement solides, dures, mobiles et aphlegmasiques, se ramollissent plus tard en contractant des adhérences avec la peau de la verge, s'ouvrent, et constituent des ulcérations plus ou moins creuses, offrant les attributs communs des ulcères gommeux.

Ces tumeurs sont en général assez petites, comparables comme volume à un pois à un haricot, à une petite noisette. Dans un seul cas, j'ai vu l'une de ces tumeurs affecter le volume d'une grosse datte. Elle siégeait sur la face dorsale de la verge, qu'elle déformait étrangement. Elle était mobile sur les corps caverneux, dont il était facile de voir qu'elle était absolument indépendante. Indolente et aphlegmasique, elle ne laissait pas cependant de déterminer des troubles fonctionnels qui inquiétaient fort le malade. Elle rendait en effet tout rapport impossible, non pas

tant en raison de son volume que par les tiraillements et la déviation qu'elle imprimait à la verge dans l'érection. Traitée par l'iodure de potassium, cette tumeur guérit rapidement.

Les gommes sous-cutanées du pénis sont variables comme nombre. Le plus habituellement, presque toujours même, on n'en observe qu'une seule, ou deux tout au plus. Je citerai cependant un cas dans lequel la verge était le siége à sa partie inférieure de *quatre* tumeurs gommeuses, du volume d'une noisette, échelonnées en ligne droite depuis le pli péno-scrotal jusqu'au prépuce. De ces tumeurs, deux étaient ulcérées, quand je les vis pour la première fois ; les deux autres commençaient à se ramollir. Le malade avait eu la syphilis dix ans auparavant. Coïncidemment avec ces lésions de la verge, il présentait en outre une gomme du palais. Soumis au traitement ioduré, il guérit en quelques semaines de ces divers accidents.

II. *Nodi des corps caverneux.* — Il n'est pas rare qu'à la période tertiaire il se produise dans les corps caverneux de la verge des noyaux d'induration circonscrite, noyaux vraisemblablement produits par une infiltration gommeuse des trabécules du tissu caverneux. La structure de ces lésions n'a pas encore été suffisamment déterminée par l'examen microscopique. Aussi leur appliquerai-je seulement la dénomination du *nodi*, qui, tout en exprimant ce qu'elles sont cliniquement, ne préjuge rien de leur composition histologique.

Cliniquement, ces lésions consistent en ceci : des nodosités dures, remarquablement dures, occupant une étendue variable de l'un des corps caverneux ou des deux corps caverneux, ce qui est beaucoup plus rare.

Comme volume, elles sont généralement comparables à une noisette, ou mieux à une petite olive allongée suivant le grand axe des corps caverneux.

Comme siége, ces nodosités se produisent presque exclusivement dans la région pénienne des corps caverneux, et à diverses hauteurs de cette région, le plus habituellement vers le tiers postérieur de l'organe, soit latéralement, soit vers la face dorsale.

En palpant la verge avec soin, on se rend aisément compte et du siége et de l'étendue, et de la dureté de ces noyaux. Par leur rénitence en effet, rénitence dure, fibreuse, presque cartilagineuse, ils se distinguent immédiatement au palper des parties saines périphériques, et rien n'est plus facile que de les localiser, de les circonscrire.

Ils ne donnent lieu du reste à aucune douleur, ni quand ils se développent, ni quand ils ont acquis leur croissance complète. Absolument insensibles à la pression, ils se laissent explorer de toutes façons, sans exciter la moindre souffrance. Aussi, ces lésions se développent-elles toujours *à l'insu des malades*, qui, un beau jour, s'en aperçoivent *par hasard*, en se palpant la verge, ou qui même ne les ont pas encore remarquées alors qu'ils viennent se plaindre au médecin des singuliers troubles fonctionnels qui en dérivent et dont je dois vous entretenir actuellement.

Vous savez Messieurs, ce qu'est le corps caverneux ; une sorte d'éponge à trame aréolaire où circule le sang. Vous savez aussi ce qu'est l'érection ; elle est due à l'ampliation et à la rigidité consécutive de cette éponge vasculaire, également dilatée dans toutes ses parties. Or, supposez que dans cet organe spongieux un département vienne à être oblitéré par le fait d'une lésion quelconque qui en gorge et qui en comble les vacuoles, ce département affecté de la sorte ne sera plus suscep-

tible d'admettre le sang dans ses mailles devenues imperméables ; partant il ne sera plus susceptible de se dilater, de s'ériger. Qu'arrivera-t-il alors quand l'érection pénienne se produira ? C'est que la portion malade de la verge ne suivra plus les portions saines dans leur mouvement d'expansion et d'ampliation ; c'est qu'elle *ne s'érigera plus* à l'instar et en compagnie de ces dernières. Donc l'érection qui, pour être parfaite, exige le concours égal de tout l'appareil caverneux, deviendra défectueuse, vicieuse, incomplète et surtout *asymétrique*. La verge se déviera dans un sens ou dans l'autre, en s'incurvant tout naturellement du côté de la lésion.

En bien, c'est là ce qui se produit consécutivement aux infiltrations tertiaires des corps caverneux. Le segment de cet organe qui est le siége de la formation gommeuse devient imperméable à l'afflux sanguin et n'est plus capable de s'ériger. L'érection dès lors ne se produit plus que d'une façon anormale, et les troubles qui se manifestent sont corrélatifs au siége et à l'étendue des lésions.

Ces troubles affectent divers types, à savoir :

1° Si, comme c'est le cas le plus habituel, un seul corps caverneux est intéressé par la lésion, la verge se dévie *latéralement* dans l'érection, en s'incurvant du côté malade. Est-ce le corps caverneux gauche qui est pris, la verge oblique à gauche ; est-ce le corps caverneux droit, la verge oblique à droite.

J'ai vu tout dernièrement un malade qui présentait ce mode d'érection vicieuse. Comme je le savais dessinateur habile, je le priai de bien examiner la forme de sa verge dans l'érection et de m'en tracer un croquis. Voici le dessin qu'il m'apporta quelques jours plus tard, et sur lequel vous pouvez voir la verge érigée s'infléchissant à gauche ; c'était en effet le corps caverneux gauche qui était affecté chez ce malade. Remarquez en plus sur ce dessin une sorte d'encoche très-nettement appréciable au niveau du bord latéral du même corps caverneux ; cette dépression correspond exactement au point qui est le siége de l'infiltration gommeuse, c'est-à-dire au point malade, devenu inextensible et non dilatable dans l'érection.

2° Autre mode d'érection vicieuse : Si le corps caverneux est affecté dans sa partie supérieure, la verge s'incurve dans le sens antéro-postérieur, et se redresse en crochet vers le pubis.

3° Troisième variété : Inversement, si le corps caverneux est affecté dans sa partie inférieure, l'incurvation de la verge se produit en ce sens, comme dans la chaude pisse cordée où l'urèthre joue le rôle de la corde qui courbe l'arc. La partie antérieure de la verge devient alors déclive dans l'érection (*erectio humilis* des anciens auteurs).

4° En d'autres cas enfin, les déviations de la verge affectent une forme mixte, qui participe à la fois de plusieurs types, et cela suivant la situation variable de l'obstacle mécanique à l'afflux du sang dans l'appareil caverneux.

Comme degré, ces déviations de la verge sont plus ou moins accusées et en rapport avec l'étendue de l'infiltration morbide. Quelquefois elles sont minimes, alors que le nodus est minime, et alors elles n'entraînent qu'un désordre fonctionnel léger. Plus intenses, si le nodus est plus étendu, elles apportent un trouble marqué dans les fonctions, en rendant les rapports difficiles. A un degré supérieur, elles interdisent presque ou même absolument la faculté du coït. Tel était le cas d'un malade cité par M. Ricord ; la verge de ce malade décrivait dans l'érection « un anneau presque complet. » Vous jugez si cette érection *annulaire* était compatible avec l'exercice des fonctions.

Sans aucun doute, les lésions que nous venons de décrire sont de petites lésions auxquelles ne se rattache aucune gravité réelle. Eh bien, vous ne sauriez croire, Messieurs, ce que ces lésions minimes comportent de conséquences alors même qu'elles troublent simplement la fonction sexuelle sans l'interdire. Vous ne sauriez croire ce qu'elles déterminent d'inquiétudes, de chagrin, de morosité, d'affliction profonde, d'hypochondrie. Il faut avoir entendu les doléances des malades pour se faire une juste idée de leur pénible situation. J'en ai vu plusieurs dans un état pitoyable de mélancolie et de désespoir. J'en ai vu quelques-uns me déclarer qu'avec une telle infirmité la vie leur était à charge et énoncer froidement des projets de suicide.

Fort heureusement ces lésions ne sont pas toujours incurables, et il est possible, sinon toujours, au moins dans la grande majorité des cas, d'y porter un secours efficace, ainsi que je vais avoir bientôt l'occasion de vous le dire.

Abandonnés à leur évolution spontanée, que deviendraient ces nodi des corps caverneux ? Aboutiraient-ils à se ramollir, puis à ulcérer leur enveloppe fibreuse et le fourreau de la verge ? Quelques observations bien peu décisives sembleraient témoigner en ce sens. Je déclare, pour ma part, n'avoir jamais rien observé de semblable. Toujours, au contraire, ces nodi m'ont paru avoir une autre marche en vieillissant. Dans les quelques cas de cet ordre que j'ai eu l'occasion d'examiner (cas trop peu nombreux, il est vrai, pour me permettre d'avoir sur ce point une opinion bien arrêtée), j'ai vu ces indurations caverneuses ou bien rester à peu près ce qu'elles avaient dû être primitivement, ou bien se ratatiner, s'atrophier, je pourrais dire même se scléroser, en laissant à leur suite avec un noyau persistant, des troubles fonctionnels définitifs.

Traitées, ces mêmes indurations peuvent guérir, alors bien entendu qu'elles sont d'origine syphilitique et elles diffèrent en cela d'autres indurations de même siége, mais d'origine étrangère à la syphilis, qui se montrent presque invariablement réfractaires à toute médication. Elles guérissent alors ou absolument (c'est le cas le plus rare), ou incomplètement, ce qui, d'après mes observations au moins, serait le fait habituel ; c'est-à-dire que le plus souvent elles laissent dans les corps caverneux un noyau et une sorte de tractus fibreux, lequel continue à dévier dans une certaine mesure l'érection pénienne. Tel a été le cas, par exemple, du jeune artiste dont je vous parlais tout à l'heure. Soumis à un traitement énergique, ce jeune homme a recouvré l'exercice possible de la fonction ; mais aujourd'hui encore il conserve dans l'érection un léger dégré d'inflexion latérale de la verge, ce qu'explique anatomiquement la persistance d'un certain empâtement circonscrit de l'un des corps caverneux.

Urèthre. — Enfin, Messieurs, l'urèthre peut être affecté par la syphilis tertiaire, et cela de deux façons : soit consécutivement à des lésions de la verge, lesquelles arrivent à envahir l'urèthre par continuité de tissus, soit primitivement, isolément, par le fait de lésions qui se produisent d'emblée sur telle ou telle partie constituante du canal.

Le premier mode n'est pas rare, et le mécanisme en est fort simple. Des syphilides, ulcéreuses ou gommeuses, peu importe, se développent sur le gland ; en continuant à s'étendre, elles rencontrent le méat, y pénètrent et envahissent l'urèthre dans une hauteur variable. Le plus habituellement, elles se bornent à affecter le canal dans son extrémité pénienne, et ne se propagent guère plus loin que la fosse naviculaire. Tantôt, de forme superficielle, elles ne font qu'ulcérer la

muqueuse ; tantôt, de forme profonde, elles intéressent les tissus sous-muqueux, et aboutissent parfois à créer, près du frein notamment, des perforations du canal. J'ai vu plusieurs fois des syphilides ulcéreuses de ce genre détruire toute l'extrémité du gland dans sa moitié inférieure et ouvrir complétement l'urèthre sur une étendue de 2 à 4 centimètres.

Le second mode, au contraire, celui où l'urèthre est affecté primitivement, ne s'observe que d'une façon exceptionnelle. Ce n'est qu'en un très-petit nombre de cas qu'on a vu des lésions tertiaires se développer *originairement* dans le canal, sans succéder par voie de continuité à des syphilides extérieures. Si rare que soit le fait, il se rencontre de temps à autre. En voici trois exemples qui se sont présentés à moi dans ces dernières années.

Un malade, qui avait eu une syphilis assez sérieuse en 1859, et qui depuis lors n'en avait plus ressenti aucune atteinte, vint me consulter, en 1874, pour un large et profond ulcère de la rainure glando-préputiale, ulcère de nature très-évidemment gommeuse. Ce malade présentait, en outre, une forte induration de l'une des lèvres du méat uréthral, la lèvre droite, laquelle offrait un certain degré de turgescence violacée. Aucune ulcération n'existait à ce niveau. Mais en ouvrant l'urèthre, on apercevait très-nettement, à 3 millimètres environ en-deçà du méat, le segment antérieur d'une ulcération qui se continuait plus avant dans le canal. Cette ulcération identique d'aspect avec celle de la rainure et contemporaine de cette dernière comme apparition, me parut devoir être considérée comme une lésion tertiaire originairement développée dans l'urèthre. Le résultat du traitement justifia pleinement ce diagnostic, car, soumis au traitement ioduré, les deux ulcères, celui de la rainure et celui de l'urèthre, se réparèrent et guérirent avec une rapidité significative.

Second cas : Sur un malade anciennement syphilitique, l'urèthre présentait dans sa partie pénienne une induration massive qui, partant du frein, se prolongeait vers l'origine de la verge dans une étendue de 3 à 4 centimètres. Cette induration donnait au canal l'apparence d'un cylindre cartilagineux, ou, suivant l'expression du malade, d'un « tuyau de porte-plume ». Elle se terminait inférieurement vers la région du frein. Là, au niveau de la fossette gauche de ce dernier organe, le canal avait été perforé, et une légère suppuration s'évacuait par la fistule, que traversait aussi l'urine dans la miction. Ces lésions s'étaient établies sans douleur et presque à l'insu du malade. Il me sembla qu'elles ne pouvaient guère être rapportées qu'à une infiltration gommeuse de l'urèthre. En conséquence, je prescrivis l'iodure. Une amélioration immédiate se produisit ; malheureusement le malade qui était étranger dut quitter prématurément la France, et je le perdis de vue alors que sa guérison n'était encore qu'incomplète.

Le troisième cas dont j'ai à vous entretenir est plus probant encore et très-intéressant à d'autres titres comme vous allez le voir.

Un jeune homme, syphilitique depuis plusieurs années, était affecté d'une syphilide ulcéreuse de forme phagédénique, occupant la rainure et la couronne du gland. Tout à coup, pendant que je le traitais, il éprouva de forts picotements douloureux dans la miction et fut pris d'un écoulement uréthral, jaune, purulent, d'aspect blennorrhagique. Cet écoulement, à coup sûr, ne pouvait dériver d'un rapport d'une contagion surajoutée ; le malade avait la verge dans un état si monstrueux que tout rapport lui eut été mécaniquement impossible. J'examinai très-attentivement l'urèthre

et ne découvris rien. Les jours suivants, l'écoulement ne fit que s'accroître, s'accompagnant de vives douleurs en urinant « comme dans une chaudepisse ». L'exploration de l'urèthre ne fournissait toujours rien qui pût expliquer de tels symptômes. Ce fut seulement douze jours après le début de ces accidents inexplicables qu'en entr'ouvrant l'urèthre je commençai à apercevoir une ulcération exclusivement *intra-uréthrale.*

Cette lésion devint plus apparente les jours suivants, en progressant sur le méat. Bientôt de l'intérieur de l'urèthre elle gagna le méat, l'envahit, le déborda, et vint former à la surface du gland une large plaie, extensive de tendance, creuse, jaunâtre, bourbillonneuse, véritable type de syphilide tertiaire. Nul doute donc, ici. De toute évidence, l'écoulement uréthral que nous avions vu naître dérivait de ces ulcérations intra-uréthrales, qui, primitivement larvées, arrivèrent plus tard à devenir extérieures en se déversant du canal sur le gland. — Mais ce n'est pas tout encore. Soumis à un traitement énergique, ce jeune homme guérit, et guérit de toutes ses lésions. Il était absolument bien, complétement rétabli depuis plusieurs semaines, lorsque derechef et sans avoir eu le moindre rapport, il vit se reproduire un écoulement uréthral, écoulement qui, d'abord léger, augmenta bientôt, s'accompagna de douleurs dans la miction et, de nouveau, simula une blennorrhagie véritable. Etait-ce là cependant une blennorrhagie ? Non, pas plus que la première fois. D'une part, en effet, le canal ne tarda pas à s'infiltrer, à s'indurer, à figurer sous la verge (comme dans le cas précédent) une sorte de tuyau de plume ou de baguette de fusil. Simultanément, d'autre part, il se produisit sur le gland une nouvelle poussée de syphilides ulcéreuses, qui prirent bientôt la forme phagédénique. Puis, le canal se perfora, s'ulcéra largement ; et bref, tout le sommet et la face inférieure de la verge devinrent le proie d'une effroyable phagédénisme que pendant plusieurs semaines nul traitement ne put enrayer.

De ce fait et des précédents il résulte donc ceci, Messieurs, comme enseignement, à savoir que *des syphilides ulcéreuses ou gommeuses peuvent se produire originairement sur l'urèthre*, sans succéder par voie de continuité à des lésions semblables du gland.

Remarquez de plus que ces syphilides intra-uréthrales, « larvées, » comme on dit, peuvent ne s'accuser, au moins pendant un certain temps, que par un simple écoulement uréthral, et que cet écoulement peut être assez semblable d'aspect à celui d'une blennorrhagie pour donner le change, en laissant croire à l'existence d'une vulgaire chaudepisse.

De cela vous voyez aussitôt les conséquences possibles. Mal interprété, ce dernier fait conduira à croire que la syphilis peut spontanément engendrer la blennorrhagie, et partant qu'il existe des *blennorrhagies syphilitiques.* Mais ne faisons que signaler ce point qui ressort de notre sujet et dont nous n'avons pas à nous occuper pour l'instant.

II. LÉSIONS GÉNITALES TERTIAIRES CHEZ LA FEMME.

Comme formes morbides, les lésions génitales tertiaires que présente la femme sont presque identiques à celles que nous venons d'étudier chez l'homme. Elles n'en diffèrent que par quelques détails accessoires relevant surtout des conditions de siége et de tissus.

Ici encore, même division naturelle des lésions en deux groupes, à savoir : *Syphilides ulcéreuses* et *Syphilides gommeuses.*

I. — La première forme, *forme ulcéreuse*, est commune, et surtout bien plus commune qu'on ne semble le croire généralement. Dans cet hôpital, les lésions de ce genre sont assez fréquentes pour que constamment nous en ayons en observation un ou plusieurs exemples.

Ces syphilides ulcéreuses s'observent surtout à la vulve et sur tous les départements de la vulve, grandes lèvres, petites lèvres, fourchette, entrée du vagin, clitoris, vestibule, méat.

Comme caractères objectifs, elles ne diffèrent pas de ce qu'elles sont chez l'homme. Inutile donc de vous retracer à leur propos une symptomatologie que vous venez d'entendre il y a quelques instants, d'autant plus que grâce à notre petit musée je puis mettre sous vos yeux quelques spécimens typiques de ce genre de lésions.

Pas plus que chez l'homme, d'ailleurs, ces accidents ne présentent chez la femme de caractères bien spéciaux, et moins encore de caractères pathognomoniques. Ce sont des *ulcérations,* simplement, et des ulcérations n'offrant aucune particularité objective qui permette d'en affirmer la spécificité.

Chez la femme cependant les syphilides ulcéreuses tertiaires affectent assez souvent, et plus souvent que chez l'homme, un attribut qui leur confère une physionomie presque distinctive. Cet attribut, c'est la *configuration demi-cerclée*, la configuration en moitié d'anneau, en fer à cheval, en croissant, en C. Voici trois belles reproductions en cire, dues au talent de M. Jumelin, sur lesquelles cette particularité est des plus évidentes. Ici, deux syphilides ulcéreuses en forme de demi-anneau occupent la face interne d'une grande lèvre ; là, une ulcération présentant exactement la forme et les diamètres d'un haricot; là encore, une lésion de même genre reproduisant un C majuscule, aussi bien dessiné qu'une lettre typographique.

Notez bien, Messieurs, cette configuration spéciale. Ce n'est pas au hasard certes qu'elle est due, mais à cette tendance si familière à la syphilis de disposer ses lésions suivant le mode circiné.

Eh bien, dans l'espèce, cette disposition hémi-cerclée a une importance diagnostique considérable. Il n'est guère que la syphilis qui fasse ainsi *sur la muqueuse* des ulcérations demi-cerclées. De là cette conséquence : toute ulcération de muqueuse qui se présente avec cette forme particulière a de grandes chances pour être syphilitique. Par cela seul qu'elle est demi-cerclée, il y a probabilité, il y a même, oserai-je dire, quasi certitude, pour qu'elle soit d'origine syphilitique. Voyez quel parti peut tirer le diagnostic d'un simple détail graphique, en apparence insignifiant.

Les syphilides tertiaires de la vulve sont assez variables comme nombre de lésions. Parfois on n'observe qu'une seule ulcération, isolée, « solitaire », à l'instar du chancre originel. A la fin de notre conférence, je vous montrerai précisément une malade de nos salles qui présente sur la face interne d'une des grandes lèvres une vaste syphilide ulcéreuse, unique, de forme cerclée. Plus habituellement ces lésions sont multiples; on en rencontre alors deux, trois, quatre, rarement davantage. Voici, cependant, deux pièces de notre Musée sur lesquelles vous pourrez voir jusqu'à 6 et 8 de ces ulcérations tertiaires. Exceptionnellement

enfin, ces mêmes accidents affectent une confluence telle qu'ils couvrent une grande partie de la vulve.

L'étendue moyenne de ces lésions peut être comparée à une pièce de 50 centimes ou à une amande. Il n'est pas rare, cependant, qu'elles soient plus considérables. Il n'est pas rare non plus, alors, qu'elles soient multiples, qu'elles se réunissent, qu'elles se fusionnent de façon à constituer de très-larges plaques ou bandes ulcéreuses. Dans ce dernier cas, elles sont souvent remarquables, comme sur cette pièce (pièce n° 131 du Musée de Lourcine) par leurs contours sinueux, ondulés, polycycliques.

Par elles-mêmes, ces ulcérations ne sont pas douloureuses. Mais elles ne tardent pas à le devenir dès qu'elles sont excitées, et elles ne manquent guère d'être excitées dans la plupart des cas par des influences diverses, les unes auxquelles elles ne sauraient échapper, les autres imputables au fait des malades : contact de l'urine, des règles, des sécrétions vaginales, frottements dans la marche, défaut de pansements, incurie, malpropreté, fatigue, danse, et même coït, etc. Sous l'action de telle ou telle de ces causes irritantes, elles s'enflamment, deviennent sensibles, prurigineuses, *douloureuses*, et subissent des complications identiques à celles dont je vous ai longuement parlé à propos des syphilides secondaires. C'est dans les cas de ce genre qu'elles arrivent à rendre la marche difficile ou même à exiger le repos.

Non traitées, elles persistent, s'accroissent, s'enflamment, et finissent par amener, bon gré mal gré, les malades à l'hôpital après un certain temps. Traitées, elles sont, en général, assez rebelles et exigent toujours deux à trois semaines au minimum pour se cicatriser. J'en ai même vu résister à toute thérapeutique pendant six semaines, deux et trois mois. Elles contrastent en cela avec la bénignité et la curabilité bien connues des syphilides érosives ou papulo-érosives de la période secondaire.

II. Relativement à la forme ulcéreuse qui s'observe de préférence à une période assez jeune de l'étape tertiaire, la *forme gommeuse* dont il nous reste à parler est assez tardive et constitue un accident tertiaire proprement dit.

Les lésions de ce second groupe se présentent sous deux variétés d'inégale fréquence :

1° Variété nodulaire ou circonscrite ;

2° Variété diffuse ou gomme infiltrée.

1° La première est constituée par de petites tumeurs isolées, bien distinctes, bien circonscrites, qui se produisent sur diverses régions de la vulve, sous forme ou de *nodules* pisiformes, arrondis, ou de *plaques* aplaties en amande.

De même que toutes les gommes, ces petites tumeurs, originairement solides, se ramollissent à un moment donné, s'ouvrent, et déterminent des ulcérations creuses, taillées à pic, bourbillonneuses de fond, d'une étendue proportionnelle à celle du néoplasme initial.

Cette première forme est assez rare, et dans la grande généralité des cas les gommes vulvaires se présentent sous un autre aspect qui est le suivant :

2° *Gomme diffuse, gomme infiltrée.* — Ici, la lésion, au lieu d'être constituée par une tumeur distincte et circonscrite, se présente sous forme d'une *infiltration en masse de tout un segment vulvaire.* Ce n'est plus, comme dans la pre-

mière forme, une tumeur dans un segment vulvaire; c'est un segment vulvaire tout entier faisant tumeur.

Exemple :

Sur cette première malade, syphilitique de vieille date, vous voyez l'une des petites lèvres infiltrée *tout entière* par le néoplasme gommeux. Elle présente un volume au moins triple de celui de sa congénère. Elle est comme érigée, livide d'aspect, et tellement dure au toucher qu'on la croirait transformée en un bloc de cartilage. Sur un point, elle commence à s'ulcérer, et vous reconnaissez là les caractères classiques de l'ulcération gommeuse.

Cette autre malade vous offre à considérer une lésion toute semblable. Ici c'est le capuchon du clitoris et le clitoris lui-même qui sont le siége de l'infiltration gommeuse. Ces deux organes très-tuméfiés constituent une véritable *tumeur*, et cette tumeur, bien que déjà ulcérée sur un segment de sa surface, présente au toucher une dureté extraordinaire, encore comparable, sans exagération, à celle du cartilage.

Dans ces deux cas, vous constatez nettement ceci, Messieurs, à savoir que la lésion gommeuse ne consiste pas en une tumeur localisée dans la petite lèvre ou le capuchon du clitoris, mais bien en une infiltration massive totale, de ces deux organes. Ce sont ces deux organes infiltrés qui constituent en réalité la tumeur. Voilà surtout ce que je voulais vous faire bien comprendre. A ce point de vue les lésions gommeuses de la vulve rappellent absolument les lésions gommeuses du voile palatin, le plus habituellement constituées, comme je vous le disais dans l'une de nos précédentes conférences, par une tuméfaction diffuse du voile *sans tumeur distincte*.

Les deux cas que je viens de vous présenter, Messieurs, sont assez rares, et c'est un heureux hasard qui les a réunis dans notre service. Il n'est pas commun, en effet qu'on arrive assez à temps pour constater la gomme vulvaire à sa période de tuméfaction dure. Et cela, pour de bonnes raisons : parce qu'à cette période les lésions n'éveillent encore ni douleurs, ni prurit, ni phénomènes inflammatoires, ni troubles fonctionnels d'aucun genre. Conséquemment elles n'inquiètent pas les malades ; parfois même, elles passent inaperçues. Le plus habituellement on n'est appelé à les observer qu'à l'époque où déjà elles ont commencé à s'ulcérer, ou même elles se sont déjà ulcérées complètement.

Un point remarquable, en effet, dans l'évolution ultérieure de ces infiltrations gommeuses vulvaires, c'est qu'une fois entamées en surface, elles continuent à s'ulcérer avec une rapidité singulière. Il en est de ces gommes de la vulve comme des gommes du voile palatin ; elles semblent se fondre, se détruire à vue d'œil. Elles se convertissent à bref délai en de vastes et profonds ulcères. Telle malade, qui, je suppose, n'éprouvait aucune souffrance il y a quelques jours, se croyait tout au plus affectée d'un mal léger, peut avoir aujourd'hui la vulve couverte d'ulcérations creuses, étendues, menaçantes. Il ne faudrait pas croire toutefois que de tels dégâts puissent être l'œuvre de quelques jours. Ils ne se produisent aussi rapidement que parce qu'ils étaient préparés de longue date. Ce ne sont pas des tissus sains que détruit de la sorte cette ulcération hâtive, mais bien des tissus depuis longtemps malades, infiltrés, dégénérés, en un mot déchus organiquement.

Il est facile de préjuger à quoi aboutit la destruction de ces infiltrations gommeuses. Il en résulte ce qui peut en résulter, à savoir des entamures, des pertes

de substance dont l'étendue se mesure à celle du dépôt néoplastique qui se dissout. De là des ulcérations vulvaires se présentant avec la physionomie habituelle des ulcères gommeux, c'est-à-dire sous forme de plaies toujours plus ou moins creuses ; quelquefois très-profondes, nettement et verticalement entaillées, bourbilonneuses au fond, circonscrites par des tissus remarquablement durs, et reposant sur une base dont la rénitence est en relation avec l'épaisseur de l'assise gommeuse encore subsistante. C'est ainsi que l'on observe : les grandes lèvres échancrées sur leur bord libre ou sur leurs faces par des ulcérations anfractueuses, qui semblent faites à l'emporte-pièce ; — les petites lèvres crénelées, perforées, tantôt divisées tranversalement, tantôt décollées sur leurs bords, tantôt presque complètement détachées, flottantes, et simplement appendues au capuchon clitoridien, d'autres fois encore réduites à l'état de moignon informe ou même absolument détruites ; — le capuchon du clitoris segmenté, rongé partiellement ou en totalité, laissant à découvert le clitoris qui, lui aussi (cela est plus rare) peut être ulcéré, tronqué à son sommet, et comme décapité ; — le méat uréthral creusé en entonnoir, évidé, élargi jusqu'à pouvoir admettre un dé à coudre ; — le tubercule uréthral décollé, comme disséqué, et pendant à l'entrée du vagin, etc. etc . . . . ; — toutes lésions qu'au premier abord on serait tenté de considérer comme phagédéniques, mais qui ne sont en réalité que la conséquence du ramollissement subi par des infiltrations gommeuses plus ou moins étendues, plus ou moins profondes. — Le musée de Lourcine vous offrira, Messieurs plusieurs, spécimens de ces curieuses lésions.

Tels sont les deux types sous lesquels se produisent les affections tertiaires de la vulve.

Pour en compléter la symptomatologie, il me suffira de vous dire qu'à l'instar des syphilides secondaires de même siége, elles peuvent subir un certain nombre de *complications*, qui contribuent à en altérer la forme, tout au moins à en modifier les apparences objectives.

Ces complications sont exactement celles dont je vous ai précédemment entretenus à propos des lésions secondaires de la vulve. Je ne ferai donc que les nommer sans les décrire. Elles consistent en ceci : érythème de voisinage, premier degré d'irradiation inflammatoire ; intertrigo érosif érysipélateux ; vulvite partielle : œdème, fluxions œdémateuses des grandes ou des petites lèvres (c'est là l'accident le plus commun) ; sclérème, c'est-à-dire tuméfaction dure, et d'une dureté toute particulière, sèche, élastique, non dépressible sous le doigt ; puis, comme conséquences, déformations vulvaires, variables comme degré et souvent étonnantes d'aspect : grandes lèvres se doublant, se triplant, se quadruplant de volume, au point de devenir gigantesques, éléphantiasiques ; petites lèvres s'érigeant en crêtes rigides s'œdématiant en boudins turgescents, constituant d'énormes bourrelets qui sortent de la vulve, se tordant parfois sur leur axe et prenant les formes les plus étranges ; capuchon clitoridien semblant s'hypertrophier, devenant plus gros qu'une datte, couvrant toute la moitié supérieure de la vulve et simulant une tumeur appendue à la région. Bien que simples épiphénomènes, ces complications diverses arrivent parfois à primer comme importance les lésions originelles dont elles dérivent.

Urèthre. — L'urèthre de la femme est, bien plus souvent que celui de l'homme, le siége de lésions tertiaires.

En général, il n'est affecté que secondairement, j'entends par extension, de syphilides périphériques. De cela j'aurai un exemple à vous montrer tout à l'heure sur une malade de nos salles. Cette femme a commencé par présenter une syphilide ulcéreuse de la petite lèvre droite, syphilide de forme serpigineuse qui n'a pas tardé à envahir l'entrée du vagin puis le vestibule, puis enfin l'urèthre. Aujourd'hui vous verrez toute la région uréthrale et péri-uréthrale profondément ulcérée, l'urèthre est largement béant, évidé, infundibuliforme ; quant au méat proprement dit, il n'en reste plus vestige.

Bien plus rarement, l'urèthre est affecté primitivement et isolément. Ce moulage vous en montre cependant un exemple. Ici, la lésion est bien limitée à l'urèthre qui a été atteint seul, et la spécificité tertiaire de cette lésion ne saurait guère être contestée, je crois.

Peu étudiées jusqu'ici, peu connues en général, ces affections tertiaires de l'urèthre présentent quelques particularités intéressantes à mentionner.

Notons d'abord la *dureté* remarquable qu'elles communiquent aux tissus sur lesquels elles se produisent. Cette dureté est toujours très-accentuée ; quelquefois elle devient telle qu'on croirait le méat et le bulbe transformés en cartilages. Elle rappelle souvent la rénitence des tumeurs cancroïdiennes, avec lesquelles il n'est pas sans exemple qu'aient été confondues les lésions dont nous parlons actuellement.

L'état du meat est variable. En raison de la turgescence des parties, il est parfois comme comprimé et occlus. Plus souvent, alors surtout qu'il a été envahi par l'ulcération, et, *a fortoiri*, alors qu'il a été partiellement détruit, il se présente sous forme d'un orifice béant, élargi en tous sens, ovalaire verticalement, et mesurant jusqu'à 10, 12, 14 millimètres en ce sens, souvent même évidé, *creusé en entonnoir*, et laissant apercevoir les parois uréthrales à une certaine profondeur.

Les parties du canal qui se trouvent ainsi découvertes et accessibles à la vue sont toujours ulcérées, grisâtres ou jaunâtres du fond, saignantes sous la pression du doigt. Jusqu'où se prolongent ces ulcérations au-delà du point que peut atteindre le regard, c'est ce qu'il est impossible de déterminer par le simple examen des parties. S'il y avait un intérêt pratique à le savoir, l'uréthroscope renseignerait sur ce point. Il est indéniable que le travail ulcéreux se propage parfois assez avant dans le canal. M. Virchow a même cité un cas nécroscopique (que je n'oserais vous donner, il est vrai, comme parfaitement démonstratif) dans lequel il a vu une cicatrice blanchâtre et calleuse s'étendre du méat jusqu'à la vessie.

Je ne vous apprendrai rien en vous disant que ces lésions du canal s'accompagnent de douleurs plus ou moins vives dans la miction. Ces douleurs toutefois ne sont pas toujours ce qu'elles sembleraient devoir être. Ainsi, la malade dont le cas est reproduit sur la pièce en cire que je vous montrais à l'instant ne se plaignait plus de souffrir en urinant lorsqu'elle est entrée dans nos salles avec cette ulcération profonde de l'urèthre. Au début de son mal elle avait éprouvé, disait-elle, d'assez fortes « cuissons » dans l'émission de l'urine ; mais plus tard, lorsque la lésion fut bien confirmée, les douleurs de miction devinrent « insignifiantes et presque nulles. »

Vagin. — Au niveau de sa partie la plus antérieure, le vagin est assez souvent affecté par la syphilis tertiaire, comme nous l'avons vu par ce qui précède. En ce point, il est vrai, les lésions sont presque aussi bien vulvaires que vaginales. Le

plus habituellement d'ailleurs elles n'intéressent le vagin proprement dit que d'une façon consécutive, par extension de syphilides originairement développées sur la vulve.

Excessivement rares au contraire sont les lésions tertiaires du vagin au-delà de l'anneau vulvaire, c'est-à-dire dans les portions moyenne et supérieure de cet organe. Il n'en est question presque nulle part. Quant à moi, je n'en ai encore observé que trois cas; et de ces trois cas il en est deux que je sacrifierais volontiers, parce que le diagnostic n'a pu en être institué d'une façon absolument positive.

Dans le récit de quelques autopsies, on trouve signalées incidemment des lésions variées du corps du vagin, soit des ulcérations occupant surtout l'ampoule supérieure, soit des cicatrices, des brides, des rétrécissements, des atrésies partielles, témoignages peu équivoques d'ulcérations antérieures. De même, nous avons reçu ici, il y a quelques années, une femme âgée, syphilitique de vieille date, qui, sans avoir jamais eu d'enfants, présentait une atrésie presque complète du vagin à trois centimètres de la vulve, avec des brides épaisses reliant entre elles les parois opposées. Que ces diverses observations soient peu probantes, que plusieurs même soient non recevables en raison de l'absence de renseignements suffisants, je n'aurai garde de le contester. Toujours est-il que de l'ensemble de tels faits ressort d'une façon peu douteuse la possibilité de lésions tertiaires développées dans le vagin. Ces faits du reste, je le répète, sont extrêmement rares, assez rares pour constituer, quand ils se produisent, de véritables curiosités pathologiques.

Utérus. — I. Contrairement à ce qu'on pourrait préjuger de ce qui précède, les lésions tertiaires du col utérin, sans être communes assurément, s'observent avec une certaine fréquence. Nous en rencontrons bien ici une demi-douzaine de cas par année.

Ces lésions consistent presque invariablement en des *syphilides ulcéreuses* du museau de tanche. Quelques rares auteurs ont dit avoir observé des lésions gommeuses du col. Ce dernier ordre d'accidents doit, en tous cas, être bien exceptionnel. M. Ricord m'affirmait hier « n'avoir jamais rencontré de véritables gommes du col », et, pour ma part, je n'ai pas été plus heureux que lui jusqu'à ce jour.

Quant aux syphilides ulcéreuses du col, au contraire, elles sont incontestables. Je vous en montrerai un exemple aujourd'hui même, et vous en trouverez plusieurs autres spécimens dans notre petit musée.

Ces lésions, bien entendu, n'ont pas sur le col d'autres caractères et de caractères plus spéciaux que ceux qui leur sont habituels ailleurs. Ici, comme ailleurs, ce sont simplement des *ulcérations* ; — des ulcérations, c'est-à-dire des entamures de la muqueuse, des entamures véritables, très-différentes par conséquent des érosions plates ou légèrement saillantes qu'il est si fréquent de rencontrer sur le col et qui se rattachent le plus souvent à des états morbides purement inflammatoires, non spécifiques ; — des ulcérations affectant comme siége soit le centre même du col, soit les portions excentriques, ce qui est plus rare ; — des ulcérations variables comme dimensions entre l'étendue d'une amande et celle d'une pièce d'un ou de deux francs, quelquefois cependant plus considérables et pouvant envahir toute la surface vaginale du col ; — variables également comme couleur, tantôt rouges avec un semis de points et de plaques jaunes ou grises, tantôt blanchâtres, jaunâtres et tranchant alors fortement sur la coloration des parties périphériques ; — offrant un

fond généralement assez lisse, et des bords peu élevés ; — ne fournissant qu'une suppuration de très-médiocre abondance, laquelle se confond le plus souvent avec les sécrétions vaginales habituelles ; — absolument aphlegmasiques enfin, n'éveillant aucune douleur, n'excitant même, sauf exceptions rares, aucune réaction de voisinage sur le col qui conserve son volume physiologique, sans tuméfaction.

Aussi, ne se trahissant par nul autre trouble fonctionnel qu'un suintement purulent, lequel a toutes chances pour passer inaperçu dans les sécrétions vaginales, ces syphilides ulcéreuses du col restent-elles presque toujours *ignorées* des malades. Neuf fois sur dix, le médecin les découvre, par hasard, en pratiquant, pour une raison ou pour une autre, l'examen au spéculum, et sans que son attention ait été spécialement attirée sur ce point.

Comme vous l'avez déjà pressenti par le court aperçu symptomatologique qui précède, ces lésions utérines sont d'un diagnostic assez difficile. Elles ne comportent, en effet, aucun attribut propre, qui suffise d'aspect à en attester la spécificité. Conséquemment, elles courent risque d'être prises pour des ulcérations vulgaires, ulcérations excessivement communes sur cette région, comme chacun le sait. Et c'est là sans doute ce qui indique comment elles sont restées presque absolument méconnues jusqu'à nos jours ; c'est là ce qui explique le rôle singulièrement effacé qu'elles ont joué jusqu'ici dans les descriptions syphiliographiques.

Il est cependant un certain nombre de considérations qui peuvent servir à en faire reconnaître, tout au moins à en faire présumer la nature ; à savoir :

1° Coexistence fréquente avec ces lésions utérines d'autres lésions vulvaires consistant évidemment en manifestations de syphilis tertiaire. Ce premier signe a une haute valeur. S'il existe à la vulve des ulcérations tertiaires, il y a toute probabilité pour que des ulcérations semblables développées sur le col soient de même nature. De cela voici un exemple frappant : des lésions exactement identiques nous sont offertes par cette malade à la vulve et sur le col ; si nous avions quelque doute sur la qualité des lésions du col, celles de la vulve, qui sont manifestement des syphilides ulcéreuses, fixeraient notre diagnostic.

2° Parfois, couleur blanc-grisâtre ou blanc-jaunâtre des ulcérations. En certains cas, les syphilides ulcéreuses du col affectent, comme nous l'avons dit précédemment, une teinte blanchâtre qui tranche fortement sur la coloration des parties voisines et qui suffit à éveiller immédiatement le soupçon. Il est très-rare inversement, je dirai même il est exceptionnel, que des ulcérations simplement inflammatoires prennent un tel aspect diphthéroïde. — N'accordons toutefois à cette considération objective qu'une importance secondaire.

3° Contour de l'ulcération constitué, au moins sur une partie de son étendue, par des segments de circonférence. — Ce troisième signe est bien autrement significatif. Vous connaissez, en effet, la tendance générale de la syphilis à affecter dans ses lésions la forme cerclée ou demi-cerclée. Cette configuration particulière se conserve sur les muqueuses, et sur les muqueuses elle est plus caractéristique encore que sur la peau. Dans l'espèce, une ulcération de ce genre, c'est-à-dire une ulcération utérine *à contours circinés*, peut presque à coup sûr être rattachée à la syphilis. Malheureusement, les syphilides utérines sont loin de présenter dans tous les cas une disposition graphique aussi nettement distinctive.

4° Absence de tout trouble utérin. — Signe négatif, qui certes, a bien son prix, et voici comment. La plupart des affections ulcéreuses de l'utérus, d'origine

inflammatoire, catarrhale ou autre, ont par caractères habituels de s'accompagner d'une tuméfaction, d'une hypertrophie du col, d'une sensibilité morbide de l'organe, de douleurs utérines ou péri-utérines avec irradiations rénales, abdominales, inguinales, etc., de troubles menstruels, d'hémorrhagies, d'écoulements plus ou moins abondants, etc. Or, les syphilides utérines ne comportent pas cet ensemble de symptômes. Si donc, sur une femme syphilitique vous observez une ulcération utérine qui s'est développée et qui persiste *en l'absence de tout trouble utérin*, par cela seul vous êtes autorisé à tenir cette ulcération pour suspecte. Il y a chance, par cela seul, pour que cette lésion soit d'origine spécifique.

5° Evolution. — Il est de notoriété commune que les ulcérations inflammatoires du col (je dis ulcérations, notez bien ceci, et non pas érosions) n'affectent jamais qu'une marche lente et souvent même chronique. Or, relativement au moins, les ulcérations spécifiques sont d'une résolution bien plus facile et bien plus hâtive. Soumises à un traitement approprié (médication interne, badigeonnages au nitrate d'argent ou à la teinture d'iode, pansement avec tampon imbibé d'une solution de nitrate d'argent ou saupoudré d'iodoforme, etc.), elles se modifient et se cicatrisent en quelques semaines. Cette rapide curabilité est un signe qui, dans la plupart des cas, vient confirmer le diagnostic émis sur la spécificité des lésions.

II. Le parenchyme utérin peut-il être affecté par la syphilis tertiaire ? L'anatomie pathologique nous laisse sans réponse à cette question, qui ne peut être actuellement résolue que par les faits cliniques.

Or, ces faits cliniques, quels sont-ils et quelle en est la valeur ?

Vous trouverez dans les annales de la science maintes observations de tumeurs utérines qui, considérées comme des « squirrhes » ou des « tumeurs malignes » ont guéri sous l'influence des mercuriaux, associés ou non à d'autres agents réputés anti-syphilitiques, et qui, conséquemment sont présentées comme des lésions syphilitiques de l'utérus. Mais la plupart de ces observations, il faut le dire, sont dépourvues de renseignements, de détails sur les antécédents, sur l'état local, etc. Parlons même franchement, la plupart, la presque totalité, ne démontrent nullement ce qu'elles sont censées démontrer, et il n'est pas à en tenir compte pour juger la question qui nous occupe.

Cette critique toutefois ne s'adresse pas indifféremment à tous les faits relatés. Quelques-uns, en bien petit nombre, semblent déjà plus probants. Puis il en est qui complétement et scrupuleusement observés, forcent la conviction. De ces derniers, citons le meilleur, dû à MM. Montanier et Velpeau :

Une femme de 50 ans, à antécédents syphilitiques peu douteux, souffrait de vives douleurs abdominales, s'accompagnant d'un écoulement jaune verdâtre assez abondant. Elle présentait de plus un état cachectique très-accusé : pâleur, teint jaunâtre, amaigrissement, affaiblissement, inappétence, insomnie, troubles nerveux, etc. La palpation de l'abdomen donnait la sensation d'une tumeur arrondie, dure, remontant au moins à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Le toucher faisait reconnaître « au fond du vagin une masse de la grosseur environ d'une tête de « fœtus de 7 mois. Cette masse était plutôt dure que molle, un peu bosselée, mais « sans qu'aucun point parût mou ou fluctuant. Elle était libre dans le vagin, « comprimant tout à la fois le rectum et la vessie. Elle ne paraissait ulcérée en « aucun point. On cherchait vainement le col ; on ne trouvait qu'une masse sans « forme déterminée, avec un léger hiatus qui pouvait être le museau de tanche.

« L'examen au spéculum ne révélait aucune ulcération. » — Ces divers symptômes et la cachexie profonde de la malade avaient fait penser tout d'abord à une affection grave de la matrice et probablement à un cancer. Cependant après avoir discuté les hypothèses diagnostiques auxquelles pouvait donner lieu cette singulière tumeur, MM. Montanier et Velpeau se rattachèrent à la supposition « bien précaire » d'une affection syphilitique de l'utérus. Conséquemment un traitement spécifique (iodure de potassium d'abord, puis sublimé) fut institué en ce sens. Or, pour aller immédiatement au but, ce traitement produisit les plus merveilleux effets. D'une part il modifia rapidement l'état général de la façon la plus avantageuse; d'autre part il modifia parallèlement la lésion locale. Dans l'espace d'un mois la tumeur utérine « *diminua de plus de moitié,* » et le col redevint facilement appréciable ; les douleurs se calmèrent, l'écoulement se tarit. Deux mois plus tard, *la tumeur avait complétement disparu ;* l'utérus avait repris son aspect normal, sa consistance ordinaire ; la santé était devenue excellente ; en un mot la malade était absolument guérie.

Un tel fait est probant, Messieurs, il s'impose. Par la précision des renseignements et des signes observés, et non moins encore par la qualité des observateurs, il s'élève au-dessus de toute contestation possible. Existerait-il seul dans la science qu'il suffirait à démontrer l'authenticité des tumeurs utérines d'origine syphilitique. Très-certainement, très-positivement, en effet, il s'agissait sur la malade dont vous venez d'entendre la curieuse histoire, d'une infiltration spécifique (vraisemblablement, d'une infiltration gommeuse) du col et du corps de l'utérus.

Enfin, Messieurs, pour compléter l'étude qui précède, il me reste à vous parler de deux accidents auxquels sont sujettes les lésions génitales tertiaires, à savoir le *phagédénisme* et la *récidive in situ.*

I. *Phagédénisme.* — Dans l'un et l'autre sexe, les syphilides génitales tertiaires sont exposées à subir la déviation phagédénique.

D'abord, en ce qui concerne le département cutané des organes sexuels, il n'est pas rare que des syphilides ecthymateuses, ulcéreuses ou gommeuses, y affectent la marche du phagédénisme serpigineux. Assez nombreux sont les cas où des lésions de ce genre ont parcouru toute la verge, toute l'étendue des grandes lèvres, pour s'irradier de là sur les plis génito-cruraux, sur le scrotum, sur le périnée, sur l'abdomen. Rappelez-vous à ce propos une malade de la salle Saint-Alexis que je vous ai présentée il y a deux mois environ. Cette femme a été affectée d'une syphilide ulcéreuse vulvaire, laquelle a commencé par envahir toute une grande lèvre, puis de là s'est déversée sur les monts de Vénus, les aines et l'abdomen. — Notons que sur la portion cutanée de la verge ou de la vulve la forme serpigineuse du phagédénisme est plus commune que la forme térébrante.

En second lieu, des lésions exactement semblables s'observent d'une façon plus fréquente encore sur la muqueuse génitale de l'un et l'autre sexe, et là aussi la forme térébrante du phagédénisme s'associe plus volontiers à la forme ambulante ou serpigineuse. C'est ainsi qu'on a vu en maintes occasions des syphilides tertiaires entamer profondément le gland, le mutiler, le créneler, le tailler en biseau, en bec de clarinette, ou l'anéantir complétement ; — ronger de même le prépuce, le perforer, le déchiqueter en lambeaux irréguliers ; — ouvrir l'urèthre près de son extrémité pénienne, le découvrir dans toute l'étendue de la région balanique et même au-delà, etc., etc.. — Tel a été le cas d'un jeune malade dont je vous racontais l'histoire il y

a quelques instants. Tel a été le cas d'un autre malade pour lequel j'ai été consulté ces dernières années qui avait perdu tout le gland par le fait d'une syphilide tertiaire. Chez ce dernier, détail curieux, le prépuce était resté absolument intact, au voisinage du gland complétement détruit.

Des dégâts analogues signalent à la vulve le passage du phagédénisme tertiaire. Mutilation partielle ou complète des grandes ou des petites lèvres; — échancrure profonde ou même destruction du capuchon; —entamures du clitoris que j'ai vu dans un cas être pour ainsi dire rasé; — évidement profond du méat; — excavation creusée dans le vestibule, et décollement de l'urèthre; — entaillures de l'orifice vulvo-vaginal, etc., telles peuvent être les conséquences du phagédénisme consécutif aux syphilides tertiaires, conséquences assez importantes, assez graves, pour rappeler les lésions de la terrible maladie connue sous le nom d'Esthiomène ou de lupus vorax de la vulve.

II. *Récidive in situ.* — Vous vous souvenez sans doute, Messieurs, qu'à propos des syphilides tertiaires de la voûte palatine et de l'arrière-gorge, je vous signalais la tendance fâcheuse que présentent ces lésions à se reproduire après guérison complète, en apparence définitive, et à se reproduire soit exactement sur le siége qu'elles avaient occupé tout d'abord, soit sur les parties limitrophes. Eh bien, une remarque exactement identique peut être faite au sujet des syphilides génitales. Il est assez commun que, guéries, bien guéries, elles récidivent de la même façon, et cela non pas même une seule fois, mais deux fois, trois fois de suite. De cela témoigne déjà une observation que je vous ai citée précédemment, relative à ce jeune malade qui, guéri une première fois de syphilides ulcéreuses du gland et de l'urèthre, fut repris de mêmes accidents à quelques semaines d'intervalle, puis d'autres encore de même siége et de même nature, et finalement aboutit à perdre une portion de la verge.—Un spécimen de semblable récidive *in situ* nous est offert actuellement par une de nos anciennes malades qui vient de rentrer dans nos salles ces derniers jours. Il y a quelques années, cette femme fut affectée d'une syphilide ulcéreuse, qui rongea une partie de la petite lèvre droite et du segment correspondant de l'orifice vulvo-vaginal. Huit mois ne s'étaient pas écoulés après la guérison de ce premier accident qu'une lésion de même nature se reproduisait sur la cicatrice, puis se portait de là sur le vestibule et l'urèthre. Toute la région vestibulaire fut profondément creusée, excavée dans cette première récidive, et nous eûmes toutes les peines du monde à venir à bout de ces ulcérations à la fois térébrantes et serpigineuses. Quelques mois plus tard, nouvelles syphilides de forme identique sur la partie gauche du vestibule, tendant à s'irradier sur la petite lèvre voisine; celles-ci furent plus rapidement enrayées par le traitement. Puis, tout récemment, troisième récidive, toujours au voisinage des dernières ulcérations; et vous allez constater aujourd'hui sur le segment gauche de l'orifice vulvo-vaginal trois syphilides ulcéreuses, chacune de l'étendue d'une amande ou d'une pièce de 20 centimes. C'est donc pour la *quatrième fois* que des syphilides tertiaires se reproduisent chez cette malade, et cela dans la même forme, au même siége. Ces récidives *in situ* sont assurément des plus remarquables, et j'appelle toute votre attention, Messieurs, sur une telle particularité, peu connue, à peine signalée en tout cas dans les traités classiques.

DIAGNOSTIC.

Les affections que nous venons de décrire sous le nom de syphilides tertiaires génitales affectent des ressemblances objectives avec un certain nombre de lésions qui leur sont complétement étrangères. — Ces ressemblances peuvent même être assez marquées en certains cas pour donner lieu à des erreurs de diagnostic faciles à commettre.

Or, à ces erreurs se rattachent des conséquences de deux ordres :

D'une part, des conséquences *pratiques* regrettables. Une lésion est prise pour telle autre, et le traitement de celle-ci lui est appliqué ;

D'autre part, des conséquences *doctrinales* qui, dans l'espèce, ont une importance majeure, qui conduisent soit à des méprises sur les caractères symptomatologiques, sur l'évolution de tel ou tel type vénérien, soit même à la confusion, à l'assimilation de types pathologiques opposés. Dans un instant vous allez comprendre à quoi je fais allusion actuellement.

Or, un fait curieux, c'est que les deux entités morbides avec lesquelles les syphilides tertiaires génitales courent le plus risque d'être confondues sont les deux espèces de lésions communément désignées sous le nom de *chancres*, à savoir : le *chancre simple* et le *chancre syphilitique*.

C'est donc tout d'abord avec le chancre simple et le chancre syphilitique que nous devrons agiter le diagnostic différentiel des lésions qui nous occupent.

I. Parlons d'abord du *chancre simple*. Ici, Messieurs, l'erreur est facile à commettre. Certaines syphilides ulcéreuses, en effet, *simulent le chancre simple d'une façon surprenante*, le simulent au point que le diagnostic différentiel est souvent très-difficile à établir entre ces deux lésions.

De tous les accidents vénériens, je mets en fait qu'il n'en est pas deux qui se ressemblent davantage, en de certaines conditions tout au moins, que les syphilides ulcéreuses tertiaires et le chancre simple. La distinction de ces deux types morbides n'est pas seulement un problème malaisé à résoudre ; c'est, je n'exagère pas, *le problème le plus difficile de toute la syphiliographie*. Il n'est pas assurément dans toute la syphilis de point plus délicat, plus embarrassant que celui-ci.

C'est qu'en effet il est des raisons nombreuses pour que l'erreur soit commise. Voyez que de traits communs entre ces deux lésions, chancre simple et syphilide ulcéreuse.

D'abord, identité de siége, localisation très-habituelle de ces deux lésions sur le même point, sur les organes génitaux.

En second lieu, analogie incontestable d'apparences objectives. De part et d'autre, lésions consistant en des ulcérations plus ou moins creuses, entamant le derme cutané ou muqueux, généralement assez circonscrites, également susceptibles d'extension, suppurant assez abondamment, n'exerçant parfois aucun retentissement ganglionnaire, etc, etc... Il y a là, très-évidemment, une analogie de caractères objectifs bien faite pour donner le change et excuser l'erreur en nombre de cas.

Sur quelles bases cependant pourra-t-on tenter d'instituer entre ces deux ordres de lésions un diagnostic différentiel ? Sur quatre ordres de signes qui sont les suivants et qui n'ont pas, comme vous allez le voir, une égale valeur.

1° *Caractères objectifs.* — Le chancre simple a, en général, des bords plus abrupts, plus à pic, plus nettement et plus verticalement entaillés que ceux de la syphilide ulcéreuse.

Le chancre simple présente un fond aréolaire, déchiqueté ; — la syphilide ulcéreuse présente un fond plus lisse et plus égal.

Le chancre simple a une coloration plus jaune que la syphilide ulcéreuse, laquelle est jaunâtre, grise ou rougeâtre.

De tels caractères, pour être appréciés à leur juste valeur, réclament une certaine habitude des affections vénériennes, exigent un coup d'œil exercé. Car, il faut bien en convenir, ce ne sont là que des différences du plus au moins ; ce ne sont là que des nuances objectives plutôt que des signes différentiels proprement dits.

2° *Second signe. — Chancres simples généralement plus multiples, et surtout entourés à leur périphérie de chancres simples plus petits, naissants, consécutifs, développés par inoculation de voisinage; — absence de lésions périphériques semblables dans les syphilides ulcéreuses.*

Souvenez-vous, en effet, Messieurs, de ce que je vous ai dit l'année dernière relativement au chancre simple. C'est un chancre éminemment contagieux, dont le pus contagionne tout ce qu'il touche. Non pansé, ce chancre produit autour de lui des chancres nouveaux, par inoculations de voisinage sur les tissus ambiants. Le chancre simple, passez-moi l'expression, « fait des petits » autour de lui ; et ces nouveaux chancres, naissants, jeunes, sont nécessairement moins avancés comme évolution, moins développés, moins larges, moins creux, que le chancre *père*, le chancre adulte, dont ils dérivent. C'est ce qui a fait dire à M. Ricord que le chancre simple « *vit en famille, entouré de ses rejetons.* » Rien de semblable naturellement avec la syphilide ulcéreuse, laquelle, non auto-inoculable, ne produit pas de lésions consécutives à son voisinage, laquelle « *ne fait pas de petits* » sur la zone de tissus qui l'entoure.

Donc, il existe là un signe différentiel très-facilement appréciable et très-caractéristique. Quand ce signe existe, il est formel, et le diagnostic en fait son profit. Mais il n'existe pas toujours, parce qu'il est des malades soigneux qui se pansent, qui isolent, qui séquestrent le chancre dès l'origine, et qui lui enlèvent de la sorte la possibilité de pousser des rejetons à son voisinage. — Excellent signe, en résumé, mais signe non constant.

3° *Etat des ganglions.* — Avec le chancre simple, de deux choses l'une : ou bien absence complète de tout engorgement ganglionnaire ; ou bien bubon aigu, isolé, inflammatoire, vivement inflammatoire, suppurant le plus souvent, et dégénérant quelquefois en un véritable chancre ganglionnaire. — Avec la syphilide ulcéreuse, pas de retentissement ganglionnaire, du moins dans l'énorme majorité des cas. — Encore un bon signe à consulter, mais un signe inconstant, puisque, dans les deux cas, l'adénopathie peut faire également défaut.

4° *Inoculation.* — Enfin, quand l'ensemble des signes précédents ne suffit pas à faire le diagnostic, l'inoculation se présente en dernière analyse ; et elle se présente avec toutes garanties de certitude ; elle offre un critérium formel, absolu et nettement distinctif.

Ainsi avec le chancre, simple inoculation positive, toujours positive, ne manquant jamais, si l'expérience a été bien conduite; — avec la syphilide ulcéreuse, inoculation négative, stérile.

C'est à l'inoculation qu'en certains cas on est forcé d'aboutir, quand on a intérêt à avoir un diagnostic formel; et c'est elle, elle seule qui donne la certitude en pareille occurence. Malheureusement, on n'a pas toujours la faculté d'instituer l'expérience, soit que le malade la refuse, soit qu'on en redoute les résultats. D'ailleurs en pratique, même dans les cas douteux, il n'est pas toujours indispensable d'avoir recours à l'inoculation, car le traitement des deux lésions est à peu près le même; tout au moins ce qui convient localement à l'une ne saurait nuire à l'autre; et quant au traitement général, les phénomènes antérieurs à la lésion suffisent (sauf exceptions rares) à déterminer s'il y a lieu ou non de le prescrire.

Je viens d'insister longuement, très-longuement, sur le diagnostic différentiel de la syphilide ulcéreuse et du chancre simple. Y a-t-il donc, Messieurs, un intérêt si important à différencier ces deux ordres de lésions? Oui, certes oui. Ce diagnostic différentiel comporte un intérêt majeur, un intérêt capital, un intérêt scientifique énorme, oserai-je dire.

Et pourquoi? Jugez-en d'après les conséquences qui peuvent résulter et qui résultent nécessairement de la confusion faite entre les deux maladies.

Ces conséquences, que sont-elles donc?

Ce sont d'abord des erreurs cliniques, consistant en ceci : caractères d'un accident syphilitique appliqués au chancre simple, et réciproquement. C'est grâce, par exemple, à de telles erreurs, que l'on a accordé aux accidents syphilitiques la faculté de déterminer des auto-inoculations positives, de reproduire le chancre simple par inoculation, de déterminer des bubons suppuratifs, à pus inoculable, à pus chancreux, etc., toutes propriétés qui, vous le savez, n'appartiennent qu'au chancre simple et caractérisent essentiellement le chancre simple.

Comme autres conséquences, ce sont encore des erreurs sur le mode de transmission des virus, dans les expériences d'inoculation ou dans les recherches sur la confrontation des malades. Exemple : qu'une syphilide ulcéreuse transmette une contagion, ce qu'elle transmettra sera la syphilis, nécessairement. Or, supposez qu'elle ait été méconnue comme nature et prise pour un chancre simple ; elle semblera dans ces conditions avoir transmis la syphilis, bien que n'étant pas de nature syphilitique, et l'observateur égaré enregistrera ceci : Syphilis transmise par un chancre simple.

Or cette erreur n'est pas à l'état de simple hypothèse; elle a été faite et faite plusieurs fois. Je m'accuse tout le premier de l'avoir commise, et de l'avoir même imprimée, — ce qui pis est —, alors que je n'étais pas éclairé sur l'existence de ces accidents syphilitiques ulcéreux pouvant affecter le faciès du chancre simple.

Et quel est, Messieurs, l'aboutissant, quelle est la conséquence dernière des erreurs ainsi commises sur la symptomatologie et la transmission des syphilides ulcéreuses? Ce n'est rien moins que la confusion de ces syphilides avec le chancre simple, l'assimilation du chancre simple aux accidents syphilitiques, la réintégration de cet accident parmi les symptômes syphilitiques; c'est-à-dire doctrine dualiste reniée, méconnue, réfutée de par des erreurs matérielles, des méprises cliniques ; chancre syphilitique méconnu en tant qu'entité morbide ; doctrine uniciste restaurée, alors qu'elle ne fait que constater une erreur ; travaux de toute une génération, des Ricord, des Bassereau et d'autres, remis en question ; conquêtes de la science contemporaine,

de la science française surtout, abandonnées, sacrifiées; et, en somme, *recul scientifique*, recul vers des erreurs du passé justement combattues.

Tel est le résultat auquel conduirait la confusion des syphilides ulcéreuses avec le chancre simple. Et, ce résultat vous explique, Messieurs, si je devais insister près de vous, comme je viens de le faire, sur un point aussi capital de notre science.

II. *Chancre sphilitique.* — Un autre diagnostic, et celui-ci bien inattendu, se présente à discuter en second lieu. Les syphilides génitales tertiaires, n'allez pas vous étonner, peuvent être confondues avec le *chancre induré*.

Bien entendu, ce ne sont pas toutes les syphilides tertiaires qui, indifféremment, peuvent être confondues avec le chancre induré ; ce sont certaines de ces syphilides seulement qui, dans des conditions données, se rapprochent assez bien, objectivement, de l'accident initial syphilitique pour risquer d'être confondues avec lui.

Et tout d'abord, Messieurs, ne croyez pas que j'invente ici une difficulté, que j'imagine de toutes pièces entre deux états morbides très-distincts comme caractères un rapprochement forcé, que je crée à plaisir une confusion théorique qui ne saurait être commise pratiquement. Loin de là. Le diagnostic que nous allons agiter est un de ceux qui s'imposent *en pratique* ; la confusion que je vais signaler est du nombre de celles qui sont faciles à commettre et qui ont été plus d'une fois commises. En maintes occasions des syphilides tertiaires ont été prises pour des chancres indurés, et cette erreur même est très-difficile à éviter en certains cas, comme vous allez le voir.

Mais comment donc les syphilides tertiaires peuvent-elles être prises pour des chancres indurés, et surtout quelles sont, parmi ces syphilides, celles qui prêtent à une telle confusion ?

Les syphilides tertiaires qui se rapprochent assez du chancre induré pour être confondues avec lui sont celles qui sont à la fois *circonscrites*, *indurées*, *solitaires*. Par ce triple caractère, en effet, elles affectent une analogie marquée avec le chancre infectant, lequel a pour attributs habituels, comme vous le savez, d'être une lésion généralement circonscrite, indurée de base, et solitaire.

Or, il est des syphilides tertiaires qui se présentent avec ce triple attribut, avec cette triade de symptômes. Comme exemple, rappelez-vous, Messieurs, ces lésions singulières de la verge dont je vous entretenais lors de notre dernière réunion et qui commencent par un petit calus sec, pour se terminer par ulcération de ce calus. Je vous disais que ces petites tumeurs ont pour caractères d'être généralement bien circonscrites, bien nettement délimitées, et de former au milieu de tissus sains des noyaux d'induration arrondis, de volume généralement médiocre, comparables à une noisette en moyenne. J'ajoutais que ces tumeurs étaient souvent solitaires ; qu'elles occupaient comme siége plus habituel la rainure glando-préputiale ; qu'après être restées à l'état d'indurations sèches pendant un certain temps, elles s'ulcéraient plus tard, tout en restant indolentes, aphlegmasiques, indurées, etc, etc. Eh bien, ne trouvez-vous pas là tout l'ensemble des caractères requis pour établir entre ces lésions et le chancre induré une analogie d'apparences objectives vraiment surprenante ?

C'est de la sorte que certaines syphilides gommeuses des organes génitaux prennent les apparences, le masque du chancre infectant, et leur ressemblent assez pour créer une confusion des plus faciles. Ces syphilides sont de véritables chancres

indurés d'aspect, *de visu*. Elles s'en rapprochent étrangement au premier coup d'œil ; elles ne s'en rapprochent pas moins par l'analyse raisonnée de leurs divers symptômes. Et à ce titre, je crois, elles méritent bien le nom de *pseudo-chancres indurés* sous lequel je les ai décrites de vieille date, dans le but d'appeler l'attention sur elles et de signaler le genre d'erreurs auxquelles elles peuvent donner lieu.

S'il en est ainsi, si certaines syphilides tertiaires peuvent assez se rapprocher du chancre induré pour être confondues avec lui, il importe donc et il importe à divers égards, comme vous le verrez bientôt, de chercher comment ces deux lésions peuvent être distinguées. Voyons donc quels signes permettent de les différencier.

Est-ce d'abord dans les *signes objectifs*, dans les caractères extérieurs de la lésion, que nous trouverons les éléments de ce diagnostic différentiel? Nullement, puisque le propre des accidents que nous étudions est de revêtir précisément les caractères, la physionomie du chancre induré. Tout ce que nous trouverions ici, en en nous attachant à détailler les caractères minutieux des lésions, consisterait en des nuances peu significatives, telles que les suivantes : Syphilide ulcéreuse s'accusant par des bords moins abrupts et moins entaillés que le chancre, par une base plus élastique, moins franchement chondroïde que n'est l'induration vraie, par un fond plus jaunâtre, moins brun, différent de cette teinte chair musculaire qui caractérise si fréquemment le chancre syphilitique, etc., etc. Mais ce ne seraient là que des signes très-secondaires, et d'ailleurs sujets à caution.

Un meilleur signe, un bon signe même, pourrait être emprunté à la *forme initiale des lésions.*

Le chancre, en effet, débute par une érosion qui s'indure ; les syphilides chancriformes débutent par des indurations qui s'ulcèrent. Le processus pathologique est donc renversé dans les deux lésions.

Mais il est bien rare qu'on arrive assez tôt pour constater cette évolution qui, bien et dûment observée, serait caractéristique. On n'a, pour en juger, que les renseignements et l'observation des malades ; et sur un point aussi délicat, l'observation des malades est plus que sujette à l'erreur. Le plus souvent donc, rien à tirer de ce signe particulier.

Les éléments du diagnostic différentiel que nous étudions ne sont pas ou ne sont que rarement dans les deux considérations qui précèdent. Ils sont ailleurs, s'ils existent. Où sont-ils? A mon sens, les trois seules considérations de valeur qui peuvent faire ici le diagnostic résident en ceci : 1° état des ganglions ; — 2° manifestations concomitantes ; — 3° évolution ultérieure.

1° *Etat des ganglions*. — Excellent signe en général, mais en général seulement, et non d'une façon constante, absolue.

Avec le chancre syphilitique, en effet, adénopathie constante, ne faisant jamais défaut. M. Ricord a pu dire avec raison : « Le bubon est le compagon fidèle du chancre syphilitique ; il en est le satellite obligé. » — De plus, avec le chancre, adénopathie bien accusée, fortement accusée, avec ces caractères que je vous ai tant de fois montrés et mis sous le doigt, à savoir : adénopathie multiple, constituant de véritables pléiades ; adénopathie dure, indolente, et souvent aussi adénopathie bi-inguinale, retentissant inégalement ou également sur les deux aines.

Tout au contraire, avec les syphilides tertiaires, adénopathie nulle, nulle dans l'énorme majorité des cas, comme nous l'avons établi précédemment. En quelques

circonstances très-rares seulement, et assez rares pour qu'on doive les taxer d'exceptionnelles, les syphilides ulcéreuses éveillent un certain retentissement ganglionnaire résultant soit d'une infiltration tertiaire gommeuse, soit d'une complication inflammatoire ou strumeuse. Mais, dans ces cas même, ce qui se produit est une adénopathie d'un autre genre, dont je vous décrirai en détail les caractères à propos des bubons tertiaires. Cette adénopathie est différente de celle du chancre; elle n'en présente généralement ni l'indolence, ni la dureté, ni surtout la multiplicité.

Aussi, réserve faite pour ces cas exceptionnels, et à nous en tenir seulement aux cas d'observation courante, le diagnostic peut-il être établi généralement sur la considération des ganglions et se résume en ceci : avec le chancre, adénopathie caractéristique; — avec la syphilide tertiaire, pas d'adénopathie.

2° *Manifestations concomitantes.* — Cette considération peut être significative, très-significative. Que si, par exemple, il s'est produit simultanément avec la syphilide chancriforme un autre accident manifestement syphilitique, et syphilitique tertiaire (tel par exemple qu'une ulcération de pharynx), il suit de là que la lésion chancriforme n'est pas un chancre, ne saurait être un chancre; tout comme la lésion du pharynx, elle n'est évidemment qu'une manifestation tertiaire. Car, de par l'observation commune, de par l'accord unanime de tous les syphiliographes, on ne voit jamais éclore simultanément, sur le même sujet, un chancre et une lésion tertiaire. Cela n'est pas dans la nature, cela n'existe pas. — Cette seule considération fait donc le diagnostic en quelques cas.

Exemple : un malade était affecté depuis une quinzaine de jours d'une ulcération chancriforme de la rainure glando-préputiale. Cette lésion était circonscrite, arrondie, indurée et rappelait exactement les caractères classiques du chancre. On pouvait s'y tromper. Mais, de plus, ce malade avait été affecté dans le même temps d'une syphilide gommeuse du dos et d'une ulcération gommeuse de la langue. Le seul fait de cette apparition synchrone d'accidents évidemment tertiaires sur le dos et sur la langue établissait nettement que la lésion du gland n'était qu'un accident de même forme, c'est-à-dire une syphilide tertiaire d'aspect chancriforme.

Malheureusement, ce recours aux accidents concomitants n'est pas toujours possible; alors évidemment, nul parti à tirer d'un tel signe.

3° *Evolution ultérieure.* — L'évolution ultérieure n'a pas moins de valeur pour déterminer la nature des accidents; c'en est en quelque sorte le critérium consécutif. A la suite du chancre, explosion à courte échéance de ce qu'on appelle la *série secondaire,* c'est-à-dire de manifestations multiples, disséminées, éparpillées sur tout le sujet, et de manifestations d'un ordre bien connu. A la suite de la syphilide chancriforme, ou bien absence de tout accident, ou bien accidents tertiaires d'autres siéges.

Tel est l'ensemble des éléments sur lesquels on peut établir le diagnostic différentiel des syphilides tertiaires chancriformes et du chancre induré. Or, Messieurs, ne vous y trompez pas, c'est là un diagnostic important, essentiel à deux points de vue, comme vous allez le voir.

Au point de vue pratique, d'abord, l'erreur qui consiste à prendre une syphilide chancriforme pour un chancre conduit à instituer un traitement qui est celui de la diathèse naissante et non celui de la diathèse tertiaire.

Au point de vue doctrinal, en second lieu, la même erreur conduit à ceci : contagion nouvelle de syphilis entée sur un terrain syphilitique, syphilis ajoutée à

une syphilis antérieure, c'est-à-dire vérole doublée, *double vérole*. Or, cette erreur a été commise et commise plus d'une fois. Plus d'une fois on a pris pour des chancres indurés de récidive de lésions syphilitiques secondaires ou tertiaires, des syphilides indurées chancriformes, et par suite on a conclu de là que la vérole peut, à échéances diverses, se doubler, se tripler sur le même sujet, alors qu'en réalité les cas de réinfection syphilitique restent à l'état de faits rigoureusement possibles, mais absolument exceptionnels.

Analysez les quelques cas (cas trop rares, hélas! car démontrant l'extinction possible de la vérole, il serait à désirer qu'ils fussent plus nombreux), examinez, dis-je, les quelques cas de vérole double qui ont été publiés par divers auteurs, et vous resterez convaincus, après examen minutieux, que plusieurs de ces prétendus chancres de récidive n'étaient rien autre que des syphilides indurées. Plusieurs, en effet, de par leurs symptômes propres, de par l'évolution générale, de par l'absence d'adénopathie et d'accidents ultérieurs, répondent exactement aux syphilides indurées que je viens de vous décrire. Et l'on ne voit pas d'ailleurs dans la description des cas auxquels je fais allusion que jamais l'on se soit préoccupé d'établir un diagnostic différentiel entre ces prétendus chancres et les syphilides indurées qui auraient pu les simuler. C'est là tout au moins un *desideratum* qui rend ces observations plus que suspectes et qui leur enlève tout ou partie de la signification que leurs auteurs y ont attachée.

De par ce que nous savons aujourd'hui, de par ce que je vous ai dit sur les syphilides tertiaires indurées, il ne doit plus suffire, actuellement, de constater sur un sujet syphilitique une lésion isolée, circonscrite, indurée, chancriforme, pour admettre l'existence d'un second chancre, résultat d'une contagion nouvelle. Il se peut certes que cette lésion soit un chancre, je ne vois à cela aucun obstacle, je n'élève contre cela aucune objection *a priori*. Mais il se peut aussi que cette lésion ne soit pas un chancre, qu'elle n'ait du chancre que la physionomie, le masque, l'apparence; il se peut, en un mot, qu'elle soit une syphilide chancriforme, un *pseudo-chancre*. La connaissance du pseudo-chancre introduit donc un élément nouveau dans la question de la double vérole. Et cet élément, c'est le diagnostic du chancre induré vrai et des syphilides chancriformes qui peuvent le simuler.

De cela toutefois, Messieurs, n'allez pas conclure que, de parti pris, je récuse la possibilité des réinfections syphilitiques. Je me serais mal fait comprendre si je vous laissais cette idée. Je ne prétends pas que la vérole ne puisse pas se doubler. Loin de là. Je crois à la récidive possible du mal, et j'appelle de tous mes vœux les faits propres à démontrer cette double récidive. Seulement je demande des faits démonstratifs, probants. Quand des observations de ce genre se présentent, je les soumets à une analyse sévère, car, pour être acceptées, elles doivent reposer sur un ensemble de preuves irréfutables. C'est parce que je désirerais ces observations aussi démonstratives que possible que je m'attache à vous dire ce qu'elles devraient être pour échapper à toute critique. Aussi, en ce qui nous concerne actuellement, ai-je tenu à établir que le *pseudo-chancre, méconnu comme espèce d'accident, peut en imposer pour un chancre véritable et simuler l'origine d'une seconde infection*.

III. *Cancroïde*. — Une troisième lésion, que nous devons mettre en parallèle avec les syphilides tertiaires ulcératives, c'est le *cancroïde*. Le cancroïde, à sa

période ulcéreuse, peut, chez l'homme surtout, simuler les syphilides tertiaires. Inutile de dire quel intérêt il y a à l'en distinguer. L'erreur, en effet, en pareil cas, conduit à ceci : soit à une opération grave, très-grave par la mutilation qui la suit, et opération d'autant plus regrettable qu'elle aurait pu être suppléée, très-heureusement suppléée par l'administration du traitement spécifique ; soit à une expectation non moins dangereuse, ou bien à une intervention du traitement spécifique ayant l'inconvénient grave de différer une opération nécessaire et de rendre la lésion inaccessible plus tard aux moyens chirurgicaux.

Assez fréquentes sont les erreurs commises en pareil cas, et cela pour une raison bien simple : c'est que le cancer et les syphilides génitales tertiaires sont des affections assez rares, peu décrites, dont quelques variétés même n'ont pas encore trouvé asile dans les livres classiques. Je tiens de M. Ricord qu'il a eu plusieurs fois l'occasion de suspendre, d'empêcher des opérations qui avaient été proposées pour de prétendus cancers de la verge, lesquels n'étaient autre chose que de simples syphilides et ont bien guéri par le traitement spécifique.

Et quelle opération proposait-on dans les cas observés par M. Ricord ? L'amputation d'une portion du pénis, ou même de tout le pénis, rien moins ! Trois fois aussi, pour ma part, j'ai eu le bonheur de guérir de la même façon des lésions de la verge qui avait été diagnostiquées cancéreuses et pour lesquelles on avait pensé à la nécessité probable d'une opération.

Tel est le cas, par exemple, d'un jeune officier étranger, à qui des médecins d'outre-Rhin avaient proposé l'amputation du pénis pour une lésion très-curieuse du méat, réputée cancéreuse et n'étant que syphilitique en réalité. Cette lésion, qui remontait à huit ou dix mois quand je l'ai vue pour la première fois, avait évidé le méat au point de creuser sur le sommet du gland une sorte d'entonnoir, profond d'au moins un centimètre et demi. A son pourtour, les parois infiltrées du gland étaient dures, d'un rouge sombre, presque violacées. Soumis au traitement spécifique, avec de simples pansements à la pommade iodurée, ce jeune homme guérit rapidement sans opération, mais bien entendu avec une difformité persistante.

A quels signes donc différencier le cancroïde ulcéré des syphilides tertiaires ? Divers ordres de considérations peuvent servir à ce diagnostic différentiel.

1° *Commémoratifs.* — Avec le cancroïde, sauf coïncidence, absence d'accidents syphilitiques antérieurs ; — avec les syphilides tertiaires, antécédents syphilitiques.

2° *Mode d'évolution.* — Avec le cancroïde, évolution beaucoup plus lente, et ulcération précédée d'une assez longue période pendant laquelle la lésion se présente à l'état de tumeur sèche, dure, non ulcérative. Pendant plusieurs mois, quelquefois pendant un an et plus, le cancer reste ou peut rester à l'état de champignon ou de tumeur tubéreuse, végétante, à surface sèche, non ulcéreuse. — Rien de semblable pour les syphilides, qui ou bien s'ulcèrent d'emblée, originairement (*forme ulcéreuse*), ou bien développent des infiltrations qui s'ulcèrent d'une façon relativement très-hâtive (*forme gommeuse*).

3° A l'état d'ulcération, le cancer est une *tumeur* ulcérée. Même dans sa forme rongeante, *rentrante*, il a encore une base qui fait tumeur, et dont la dureté *sui generis*, sèche, élastique, atteste que l'ulcère s'est développé sur un tissu morbide qui se détruit. — Les syphilides tertiaires inversement sont des *ulcérations sans tumeur véritable*. Tout au plus, ce sont des ulcérations à base rénitente, engorgée, infiltrée : mais cette base ne donne pas, ou donne moins que dans le cancer la

sensation d'une tumeur sous-jacente à l'ulcération ; elle n'a pas en tout cas la dureté du cancroïde.

4° *Signes objectifs de l'ulcération.* — L'ulcération du cancer est plus rouge, plus fongueuse que l'ulcération des syphilides tertiaires ; — elle saigne bien plus facilement ; elle sécrète une sanie ichoreuse, plus diffluente, plus fétide ; — elle est souvent entourée, bordée de végétations mamillaires, framboisées, en choux-fleurs, etc.

5° *Etat des ganglions.* — A une certaine période, le cancer retentit presque infailliblement sur les ganglions qui deviennent durs, volumineux, et qui peuvent même s'ulcérer, bourgeonner, végéter. — Avec les syphilides, adénopathie nulle, au moins dans l'énorme majorité des cas, et sauf complications inflammatoires ou strumeuses.

6° *Action du traitement spécifique.* — Tandis que le traitement spécifique reste sans aucune influence sur le cancer, il est rapidement actif sur les syphilides tertiaires. C'est donc ici, comme en tant d'autres cas que je vous ai déjà cités, au traitement spécifique qu'il convient de recourir lorsque le moindre doute peut subsister sur la nature de la lésion ; c'est lui qu'il est urgent, impérieux, de consulter comme critérium diagnostique, pour se tenir en garde contre ces opérations si éminemment regrettables, dont plusieurs exemples, je vous le répète, se sont déjà produits.

IV. *Diagnostic des syphilides utérines.* — Dans l'étude diagnostique que nous poursuivons, un second point, et celui-ci tout-à-fait spécial, doit nous arrêter actuellement.

Je vous ai dit que les syphilides tertiaires peuvent aller s'implanter jusque sur le col utérin, que là même elles ne sont pas absolument rares ; et de cela je vous ai fourni de nombreux exemples. Or, ces lésions sont exposées sur le col plus qu'ailleurs à être méconnues comme nature, à être confondues avec des accidents d'un tout autre genre. La preuve, c'est que jusqu'à ce jour les lésions tertiaires du col n'ont point été décrites spécialement, qu'elles ne se trouvent même pas indiquées dans les traités cliniques les plus récents. Il ne sera donc pas sans intérêt d'insister sur le diagnostic de cet ordre de lésions.

Voyons avec quels accidents elles peuvent être surtout confondues et recherchons comment il est possible de les en distinguer.

1° *Métrite muqueuse.* En première ligne se présentent tout naturellement ici les ulcérations inflammatoires du col, résultant de ce qu'on appelle la métrite muqueuse, lésions communes, vulgaires, généralement qualifiées d'ulcérations catarrhales, de granulations, etc.

Nul doute que dans la plupart, dans la grande majorité des cas, les syphilides ulcéreuses du col ne soient confondues avec ces ulcérations simplement inflammatoires, très-variables d'ailleurs d'étendue, d'aspect, de physionomie, et souvent mal définies comme caractères. Cependant, quand on descend aux détails, on voit que les syphilides ulcéreuses présentent certains caractères que n'offrent pas les ulcérations inflammatoires, ou réciproquement, et que, grâce à ces caractères, elles peuvent en être souvent (je ne dis pas toujours) distinguées avec sûreté.

Ainsi : 1° les syphilides ulcéreuses sont généralement plus creuses, notablement

plus creuses que les ulcérations inflammatoires, lesquelles, à vrai dire, consistent bien plus souvent en des érosions qu'en des ulcérations véritables;

2° Elles sont moins granuleuses, plus lisses, et plus plates de fond;

3° Elles ont des bords plus accentués, plus élevés, plus tranchés, de véritables bords, en un mot, tandis que les érosions inflammatoires sont presque de plain pied avec le tissu sain du col;

4° Elles ont parfois un contour composé de segments de cercles, disposition que ne présentent jamais les ulcérations inflammatoires.

5° Elles s'irradient de l'orifice du col moins régulièrement que les ulcérations inflammatoires, lesquelles en général rayonnent de ce point d'une façon excentrique et régulière ;

6° Elles ne s'accompagnent pas, comme font les ulcérations inflammatoires en beaucoup de cas, de tuméfaction du col, d'hypertrophie utérine, de sensibilité morbide de l'organe, de douleurs névralgiques péri-utérines, de troubles menstruels, d'hémorrhagies, etc. En un mot, tandis que les ulcérations inflammatoires du col sont le plus souvent des *ulcérations sur un utérus malade* à divers degrés, les syphilides ulcéreuses sont au contraire des *ulcérations sur un utérus sain*, sauf coïncidences morbides bien entendu.

7° Elles sont enfin bien plus facilement résolutives que les ulcérations de la métrite. Ces dernières sont en général rebelles, et rebelles parce qu'elles ne sont que le symptôme d'une maladie utérine ; les syphilides ulcéreuses, au contraire, qui intéressent l'utérus, guérissent en général d'une façon relativement facile et rapide sous l'influence des moindres soins, tels qu'attouchements avec le nitrate d'argent, pansements, etc.

Ces considérations, jointes à la notion des antécédents ou mieux encore à la présence de syphilides ulcéreuses sur la vulve, éclairent souvent le diagnostic d'une facon très-précise. Seraient-elles insuffisantes, ce qui n'arrive encore que trop fréquemment, elles permettent du moins, sinon d'affirmer, au moins de suspecter la nature spécifique des ulcérations. Or tout est là, au point de vue le plus essentiel, au point de vue vraiment pratique, celui de la prophylaxie.

A une femme, en effet, simplement affectée d'érosions inflammatoires du col, on peut rigoureusement permettre les rapports dans une certaine limite ; car les rapports dans de telles conditions ne sont guère dangereux pour autrui.

Tout au contraire à une femme affectée de syphilide ulcéreuse du col, les rapports doivent être absolument interdits, car ces ulcérations sont certainement contagieuses, et à leur contact l'homme risque de prendre une affection grave, la vérole.

L'essentiel donc, ici, c'est de soupçonner simplement la nature des lésions pour interdire les rapports, pour traiter au plus vite ces manifestations contagieuses, et pour couper court de la sorte à la possibilité de redoutables contagions.

2° En second lieu, les syphilides ulcéreuses du col peuvent encore être confondues avec le *chancre simple* de même siége. Je ne fais que mentionner ici le fait, ayant déjà longuement insisté l'année dernière sur le diagnostic différentiel de ces deux lésions.

V. *Diagnostic des lésions phagédéniques*. — Enfin, Messieurs, un dernier chapitre me reste à ouvrir au diagnostic différentiel des syphilides tertiaires de forme phagédénique. Et ce chapitre n'est certes ni le moins difficile, ni le moins

important, de ceux que nous avons traités jusqu'ici, comme vous allez le voir.

Les syphilides génitales phagédéniques sont exposées à être confondues avec les deux ordres de phagédénisme qui se montrent sur les organes génitaux, à savoir : 1° avec *le phagédénisme du chancre*, et presque exclusivement du chancre simple, le chancre syphilitique ne se laissant envahir que très-exceptionnellement par le phagédénisme ; — 2° avec le *phagédénisme scrofuleux*.

1° Parlons d'abord du *phagédénisme chancreux*, de celui qui résulte du chancre simple. Ce n'est certes pas, Messieurs, un diagnostic facile à établir que celui d'une ulcération phagédénique ayant dévoré une partie de la verge ou de la vulve. Qu'est-ce que cette ulcération ? Est-ce là un phagédénisme dû à un chancre simple ? Est-ce là un phagédénisme dû à une syphilide tertiaire? La chose est malaisée à spécifier en bien des cas, et pour cause.

Sans doute on a pour s'éclairer les *antécédents*. Le malade a eu ou n'a pas eu la syphilis. Cela est essentiel à savoir, et cela seul peut suffire à jeter un jour immédiat sur le diagnostic. Mais d'abord ces antécédents peuvent manquer. Combien de fois ne voit-on pas, chez la femme spécialement, des accidents syphilitiques sans commémoratifs spéciaux, sans antécédents ! C'est là un point sur lequel je n'ai plus à insister près de vous, après ce que je vous en ai dit dans notre première réunion. De plus ces antécédents sont loin d'avoir toujours une signification précise. Le malade, je suppose, a eu la syphilis ; il la confesse, ou il en présente même encore actuellement des phénomènes évidents. Mais le cumul n'est-il pas permis ? Et pourquoi ne voudriez-vous pas que cet individu préalablement syphilitique n'eût pas en plus contracté un chancre simple ? La chose n'est pas rare, ici surtout, et bien des femmes de cet hôpital sont affectées à la fois et de syphilis et de chancres simples, sans préjudice encore de la coïncidence possible d'autres lésions vénériennes. Donc les antécédents syphilitiques (réserve faite pour le cas où le malade ne s'est pas exposé à la chance d'une contagion nouvelle, surajoutée) n'excluent en rien la possibilité d'un chancre simple actuel comme origine du phagédénisme. Là précisément est l'embarras.

Mais, dira-t-on, si les antécédents, si les commémoratifs n'éclairent pas sur la nature de la lésion, du moins le diagnostic pourra-t-il se faire de par les *signes objectifs*. Les signes objectifs ? N'y comptez guère, Messieurs. Tous les phagédénismes se ressemblent à un moment donné. Et ce que peut fournir l'examen le plus attentif, le plus minutieux, de l'aréole de l'ulcère, de ses bords, de son fond, de sa base, aboutit le plus souvent à des différences en plus ou en moins, à de véritables et simples nuances qui n'ont rien de significatif. J'ai déjà vu bien des phagédénismes. Eh bien, je le déclare, et cela contrairement à beaucoup d'auteurs, je n'ai pu que bien rarement, bien exceptionnellement être édifié par les caractères objectifs sur la nature de la lésion.

D'autres signes tirés de *l'évolution* et des *complications* pourront mieux éclairer le diagnostic en quelques cas.

Ainsi, le chancre simple est une lésion originairement ulcéreuse, qui est née à l'état d'ulcère et qui n'a jamais été qu'un ulcère pendant toute sa durée. — Les syphilides tertiaires, inversement, naissent quelquefois à l'état de tumeurs solides, qui plus tard seulement se ramollissent. Quand ce sont des gommes, elles ont à leur début une période sèche qui peut être méconnue, sans doute, mais qui ne l'est pas toujours, qui ne l'est pas forcément. Là est un élément de diagnostic.

Le chancre simple présente des complications plus fréquentes que les syphilides tertiaires. Il est plus inflammatoire d'allure, plus aigu de marche; il suppure davantage, se complique plus souvent de phénomènes phlegmasiques, de balano-posthite simple ou gangréneuse, de phimosis, de paraphimosis, d'œdème vulvaire, de décollements, d'abcès, de fusées, etc. Il est aussi plus extensif; il tend plus à se propager en dehors de la vulve ou de la verge.

Mais ces complications ne sont encore qu'éventuelles. Quand elles existent, on peut en tirer parti; mais quand elles n'existent pas (et elles manquent souvent), il n'est rien à inférer, de leur absence, bien entendu. Existeraient-elles d'ailleurs au plus haut degré, qu'elles n'ont encore rien d'absolument significatif. Elles constituent des éléments de probabilité et non de certitude.

Passons donc sur ces diverses considérations, et allons droit aux véritables éléments d'un diagnostic formel et absolu.

Entre le phagédénisme chancreux et le phagédénisme tertiaire, je ne vois au total que deux signes différentiels nettement et péremptoirement caractéristiques. Ces deux signes sont:

1° L'existence du *bubon chancreux*, auquel on peut joindre comme annexe la *lymphangite chancreuse;*

2° les données de *l'inoculation.*

Quelles indications fournissent ces deux signes?

1° *Bubon chancreux.* Si l'ulcération en litige s'est compliquée ou se complique actuellement de ce qu'on appelle le bubon chancreux (c'est-à-dire le bubon à suppuration chancreuse, à inoculation chancreuse intra-ganglionnaire, le bubon formant, après s'être ouvert, une caverne chancreuse, un véritable chancre inguinal), oh! alors, oui, le diagnostic est formel, absolu; car, *il n'est que le chancre simple qui détermine un bubon de cet ordre.* Le bubon chancreux atteste le chancre simple comme origine. C'en est le témoignage, la démonstration, ainsi que je l'ai établi dans nos conférences de l'an dernier.

Mais encore, le bubon chancreux n'est qu'un accident éventuel du chancre, il manque même le plus souvent. Ce n'est donc pas là un signe sur lequel on puisse compter.

En dernière analyse, il ne reste pour les cas difficiles qu'un seul élément diagnostique. Mais sur celui-ci on peut toujours faire fond, car on l'a toujours à sa disposition, on peut toujours le consulter: c'est l'inoculation, l'auto-inoculation, bien entendu, la seule permise, la seule licite et morale.

2° *Inoculation.* Que fournit-elle? Ceci: Inoculez le pus d'un phagédénisme chancreux, vous produisez un chancre simple, avec les caractères formels, irrécusables du chancre simple, que je vous ai décrits.— Inoculez le pus du phagédénisme tertiaire; nul résultat, inoculation restant stérile, négative. Ah, voilà enfin un signe, un signe précieux, un véritable critérium; voilà un signe qui peut renseigner dans les cas douteux.

Le diagnostic formel du phagédénisme chancreux et du phagédénisme tertiaire réside et ne réside que dans les données de l'inoculation.

Mais ici, Messieurs, une observation doit être présentée immédiatement. Songez bien qu'il ne s'agit pas, dans le cas actuel, d'une inoculation ordinaire, d'une inoculation dans les conditions habituelles où se pratique ce genre d'expérience. Ce n'est pas seulement un chancre dont, en pareille occurence, vous inoculez le pus, c'est un *chancre phagédénique*! Or ce chancre phagédénique peut, plus qu'un autre,

mieux qu'un autre, reproduire une inoculation phagédénique.

Il va sans dire que cette expérience ne produira pas à coup sûr un chancre phagédénique ; car, s'il en était ainsi, non seulement je ne vous proposerais pas l'inoculation comme moyen diagnostique, mais je vous l'interdirais, je me ferais un devoir de vous la défendre, de vous prémunir contre la seule tentation d'une pareille pratique. Cependant, de par les conditions du terrain, de par la nature de la lésion à laquelle le pus est emprunté, il y a des risques pour que, pratiquée dans ces conditions particulières, l'inoculation puisse devenir l'origine d'une ulcération phagédénique. Donc, d'une part, il faut être aussi sobre que possible de ce mode d'expérimentation ; il faut même n'y recourir que s'il y a un intérêt majeur pour le malade à ce qu'on soit dûment fixé sur la nature de l'ulcération, et si l'on a des inductions scientifiques pour préjuger négatif le résultat à obtenir. D'autre part, si l'on se décide à pratiquer l'inoculation, il faut y procéder avec plus de soins et de précautions que jamais; et surtout, si la pustule se produit, il importe de la détruire immédiatement, de la détruire par le procédé le plus énergique, sans lui donner la faculté, lui laisser le loisir de s'étendre. — La cautérisation par l'acide sulfurique uni au charbon (caustique carbo-sulfurique de Ricord) est ici ce qu'il y a de plus simple et de plus sûr à la fois.

Cependant, comme contre-partie à ce que je viens de dire, j'ajouterai qu'il est des cas où l'utilité de cette inoculation est telle, où il y a tant à gagner pour le malade à ce qu'un diagnostic précis soit institué sur sa lésion, que l'inoculation devient alors, non plus seulement licite, mais *nécessaire*. Il faut alors y décider le malade, et, son consentement obtenu (consentement indispensable pour la dignité et la sécurité du médecin), pratiquer hardiment l'inoculation. Car de là, de là uniquement, peut dépendre le diagnostic, et à ce diagnostic,est subordonné le traitement. Pour vous en convaincre, je vous citerai le cas suivant, qui m'a vivement frappé il y a quelques années.

J'ai eu l'occasion d'être consulté par un malade qui *depuis deux ans* était traité pour un prétendu chancre simple de la verge. Ce chancre, après avoir détruit une bonne moitié du gland, avait envahi le fourreau et décortiqué partiellement les corps caverneux. Il allait toujours progressant. Rien n'y avait fait jusqu'alors. Après avoir longtemps examiné cette hideuse plaie, je crus à certains signes reconnaître une syphilide phagédénique tertiaire, bien que le malade récusât la vérole et soutînt qu'il n'avait jamais eu d'autre accident vénérien que celui-ci . N'ayant pu ramener à ce diagnostic le médecin traitant, je proposai l'inoculation pour trancher le débat, préjugeant que cette expérience serait négative comme résultat, inoffensive conséquemment,et fort utile par l'enseignement qui en ressortirait. Refusée tout d'abord, l'inoculation fut acceptée deux mois plus tard, alors que l'ulcération avait fait de nouveaux progrès; comme je l'avais annoncé, elle fut négative. Sur cette indication, le traitement spécifique fut alors mis en œuvre, et j'ai la satisfaction de dire qu'il fut suivi d'un rapide succès.

Voyez quel secours l'inoculation peut offrir, en cas semblables, au médecin et surtout aux malades.

2° Quelques mots enfin sur le *phagédénisme scrofuleux*.

Il est tout-à-fait exceptionnel que le phagédénisme scrofuleux affecte la verge. De cela je n'ai vu encore qu'un ou deux exemples. En revanche, il existe chez la femme une affection des plus graves, des plus rebelles, se développant sous l'influence de la scrofule, et reproduisant sur les organes génitaux, quelquefois aussi

sur l'anus, le lupus dévorant du visage. Cette affection, vous l'avez déjà nommée ; c'est le *lupus génital,* la scrofulide lupiforme de la vulve, l'esthiomène.

Je n'ai pas à vous tracer ici la symptomatologie de cette affection que vous trouverez merveilleusement décrite soit dans le mémoire original de M. Huguier, soit dans un article récent de M. Bernutz (Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, Tome XIX). D'un seul mot, je vous en rappellerai simplement les traits principaux en vous disant ceci : C'est le lupus scrofuleux de la région génito-anale. Transportez, en effet, sur cette région le lupus de la face, avec ses tubercules, ses ulcérations, ses hypertrophies de tissu, ses destructions, ses perforations, etc., transportez-le avec tout son cortége de hideux symptômes et de mutilations, et vous aurez exactement la représentation de ce qu'est le lupus génital chez la femme.

Inutile de dire, en conséquence, si cette lésion se rapproche objectivement du phagédénisme tertiaire et si elle peut être confondue avec lui, ou réciproquement. Inutile aussi d'ajouter s'il importe au plus haut point d'établir un diagnostic précis sur des affections aussi graves. Essayons donc en quelques mots de tracer le diagnostic différentiel de ces deux types pathologiques.

Les *signes objectifs* des lésions que nous allons mettre en parallèle offrent sans doute un certain nombre de différences. Ainsi, la scrofulide vulvaire a généralement un contour plus irrégulier, plus sinueux, plus « ansiforme » comme dit M. Huguier ; — elle a des bords moins verticalement entaillés, moins taillés à pic, plus inclinés en pente douce vers le fond de la lésion ; — elle a un fond plus rouge, plus violacé, plus villeux ; — elle sécrète moins, et sécrète plutôt de la sérosité sanieuse que du pus, etc. — Mais ce ne sont là, à tout prendre, que des différences peu saillantes, souvent peu significatives, sujettes à variétés, et sur lesquelles on ne saurait se fonder en bien des cas pour instituer un diagnostic différentiel.

Quelque chose de plus caractéristique est offert en certains cas par la coexistence fréquente avec l'ulcère scrofuleux de petites tumeurs végétantes, pisiformes, mamillaires, sessiles, verruqueuses, qui se produisent ou sur la peau non ulcérée ou sur la surface même de l'ulcération (forme végétante de l'esthiomène). Mais ce n'est là encore qu'un symptôme éventuel, qu'une forme particulière de la maladie, n'offrant rien moins que de constant.

En revanche, un signe meilleur et que je recommande à toute votre attention, parce qu'il m'a vivement frappé en plusieurs cas, ressort de l'état des parties qui environnent l'ulcère.

Ces parties (et c'est notamment sur la grande lèvre qu'on observe ce que je vais dire) présentent un état de *boursouflement mollasse* avec *teinte rose lilas* des téguments. Les grandes lèvres sont tuméfiées et comme hypertrophiées. Elles ne sont ni œdémateuses, ni pâteuses, ni indurées comme dans le sclérème vulvaire. Elle sont à la fois gonflées et mollasses. Leur partie cutanée offre une suffusion morbide d'une teinte assez spéciale, d'une teinte rose lilas, avec des portions couvertes d'une légère desquamation furfuracée.

De là une apparence assez spéciale ; apparence presque indescriptible, qu'il faut avoir vue pour s'en bien pénétrer, et qui donne à la lésion une physionomie vraiment assez distinctive.

L'évolution et la *marche* de la lésion offrent aussi des renseignements diagnostiques utiles à consulter. Ainsi, le lupus vulvaire scrofuleux a une évolution très-lente, bien plus lente que celle du phagédénisme tertiaire. Ses progrès et ses destructions ne se font que par mois, par années; si bien que, examinée à intervalles de quelques

semaines, la lésion semble presque stationnaire. C'est de plus un phagédénisme qui se fait *sur place*, qui n'a que peu ou pas d'expansion, qui reste confiné sur la région vulvo-anale, à l'inverse de certains phagédénismes tertiaires qui débordent la vulve pour se porter sur l'abdomen et sur les aines.

A côté de ces deux ordres de signes, d'autres plus généraux et plus sûrs sont encore fournis par des considérations d'un genre différent, à savoir : *l'examen de la constitution*, des *antécédents morbides*, des *accidents actuels*, et les *résultats du traitement*.

L'examen de la constitution, des antécédents et des accidents *actuels*, apprendra si, oui ou non, le malade est entaché de la diathèse scrofuleuse, et s'il en a présenté ou s'il en présente actuellement des manifestations non équivoques ; — si, oui ou non, il a été préalablement affecté de syphilis. Inutile d'insister sur la valeur considérable de tels renseignements, qui sont les premiers à rechercher pour le diagnostic.

Mais ces renseignements ont-ils toujours une valeur absolue, suffisent-ils toujours à éclairer le diagnostic d'une façon péremptoire ? Oui, pour la majorité des cas ; non, d'une façon générale. Il ne faut pas, en effet, négliger ici les deux points de vue suivants :

D'abord, si l'esthiomène vulvaire se montre le plus souvent chez des femmes scrofuleuses, franchement scrofuleuses par leurs antécédents et leur habitus actuel, on l'a vu se produire aussi chez les femmes de constitution moyenne, n'ayant présenté aucun accident antérieur de scrofule.

De plus, la syphilis peut être doublée de scrofule, peut germer sur un terrain scrofuleux. De là des influences morbides complexes qui ne sont pas toujours faciles à dissocier.

En dernier lieu, reste le *traitement* qui, ici surtout, ici plus qu'ailleurs, peut servir d'élément diagnostique.

Il est des cas d'abord où le diagnostic, resté douteux à première vue, s'établit tout naturellement en quelques jours sous l'influence non pas tant du traitement que de la simple hygiène.

Parfois, le premier jour de l'entrée d'une malade à l'hôpital, il est absolument impossible de savoir à quoi l'on a affaire, tel est l'aspect hideux et confus des lésions. Puis, quelques jours plus tard, quand la malade a été lavée, baignée pansée, soumise au repos et à une hygiène favorable, les lésions changent rapidement d'aspect, se modifient, se transforment comme par enchantement, et le diagnostic syphilis peut être posé par ce seul fait. Il n'est guère en effet que la syphilis qui permette ces transformations à courte échéance ; l'esthiomène vulvaire, de l'aveu général, est bien plus rebelle, bien autrement réfractaire.

A fortiori, le traitement a-t-il une influence plus significative encore, après une intervention de quelques semaines.

Si la lésion est syphilitique, en quelques semaines elle subit généralement du traitement spécifique une influence curative évidente, manifeste. Sans doute, il est des exceptions à cette règle ; sans doute le phagédénisme tertiaire a aussi ses cas rebelles. Mais ce n'est là que le fait le plus rare. Le fait commun, au contraire, c'est l'amendement rapide des lésions tertiaires sous l'influence du traitement.

S'agit-il au contraire du véritable esthiomène scrofuleux, l'hygiène et la médication antisyphilitique ne le modifient pas. Le traitement antiscrofuleux reste même sans action, sur lui, ou ne le modifie qu'avec une lenteur extrême, presque déses-

pérante ; le plus souvent même il reste absolument inefficace.

De telle sorte que le diagnostic, s'il reste quelquefois indécis dans les premiers temps, ne tarde guère à être fixé par l'influence du traitement.

Tel est, Messieurs, l'ensemble des signes qui permettent de distinguer le phagédénisme syphilitique du phagédénisme scrofuleux.

TRAITEMENT.

Et maintenant, Messieurs, que nous en avons fini avec l'histoire clinique des curieuses lésions que nous venons d'étudier, quelques mots me restent à ajouter sur le traitement qu'elles réclament. Je pourrai être bref sur ce point, car je n'ai qu'à mentionner ici les indications spéciales à ce genre d'accidents.

Le traitement général est celui de la diathèse, cela va sans dire.

Aux syphilides de forme ulcéreuse convient, de par l'expérience, le traitement mixte, c'est-à-dire l'association des mercuriaux et de l'iodure.

Aux syphilides de forme gommeuse, lésions plus franchement tertiaires, le traitement iodique suffit en général. Ce n'est que dans les cas rebelles qu'il convient d'associer le mercure à l'iodure de potassium.

Le traitement local consiste en deux points : *hygiène* et *topiques médicamenteux.*

L'hygiène locale a ici une importance particulière. Car l'incurie, le défaut de soins et de pansements, la malpropreté, etc., compliquent singulièrement les accidents syphilitiques des organes génitaux, comme nous avons fréquemment l'occasion de le remarquer chez certaines femmes qui nous arrivent ici dans un état affreux, indescriptible, auquel, certes, la saleté n'a pas moins de part que la maladie. Cette hygiène est aussi active qu'élémentaire. Elle consiste sommairement en ceci : bains tempérants, tièdes, très-fréquemment répétés, tous les deux jours en moyenne ; — lotions fréquentes avec un liquide émollient (tel que l'eau de guimauve) ou simplement avec de l'eau, pour déterger les plaies et de leur suppuration propre et des liquides qui peuvent les souiller (flux vaginaux, utérins, règles, etc.) ; injections vaginales ; — repos ; — régime alimentaire tonique sans être excitant ; proscription des alcooliques, etc.

En second lieu vient le traitement local consistant dans le pansement des plaies.

De nombreux topiques de tout genre ont été proposés ici : Pommades mercurielles ou iodurées, miel au proto-iodure, onguent digestif ; solutions mercurielles, iodurées, chlorurées; solution de nitrate d'argent, de borax, d'alun, de tartrate ferrrico-potassique, d'alcool, de chloral, etc. ; poudres de calomel, de tannin, de quinquina, d'iodoforme ; badigeonnages à la teinture d'iode, etc., etc... J'ai expérimenté ces divers agents sans reconnaître à aucun d'avantages bien marqués. Aucun en tout cas, ne saurait être donné comme spécifique. Ce qui cependant m'a paru réussir le mieux et le plus également consiste en ceci : pour les syphilides ulcéreuses, pansements répétés trois fois par jour avec charpie imbibée d'une solution faible de nitrate d'argent (au 1/50 ou même au 1/100) ; — pour les syphilides gommeuses, pansements avec charpie imbibée d'une solution iodée, ou avec une pommade à l'iodure de potassium (1 ou 2 gr. tout au plus pour 20 gr. d'axonge). — En quelques cas, je me suis encore assez bien trouvé soit de badigeonnages à la teinture d'iode, suivi

de pansements à la charpie sèche, soit de cautérisations légères au nitrate d'argent, renouvelées une fois seulement tous les cinq ou six jours.

Si la plaie est enflammée, des lotions émollientes, des pansements avec une pommade opiacée, ou simplement avec un corps gras, tel que le cold cream, conviennent mieux que tout autre topique irritant, au moins d'une façon provisoire et pendant quelques jours.

Si l'ulcération siége à l'urèthre, il faut s'abstenir de pansements. Passer de temps à autre le crayon de nitrate d'argent sur ce qu'on aperçoit de l'ulcération, prescrire des bains, recommander des boissons aqueuses pour rendre l'urine moins irritante, tel est l'unique traitement à mettre en œuvre. Ce traitement réussit bien mieux, à coup sûr, que les injections et mieux surtout que les mèches à demeure, lesquelles sont toujours irritantes et mal tolérées.

Pour les ulcérations du col, je les ai presque toujours assez facilement guéries par le très-simple traitement local que voici : cautérisations du col avec le crayon, répétées une fois toutes les semaines; — pansements avec une poudre isolante, (telle que le tan, par exemple), recouverte d'un tampon d'ouate ; — et injections.

Enfin, quant au phagédénisme, je n'ai rien à ajouter, en ce qui concerne les syphilides génitales, à ce que je vous ai dit du traitement de cette redoutable complication à propos des syphilides cutanées. Je vous renvoie donc sur ce point aux indications que je vous ai formulées dans l'une de nos précédentes réunions.

COURS COMPLÉMENTAIRES DE LA FACULTÉ.

Cours de M. Fournier, sur la *Syphilis tertiaire.*

Xe et XIe Leçons.

Lésions tertiaires de l'anus et du rectum.

Messieurs,

Je me propose de vous entretenir aujourd'hui des lésions tertiaires qui affectent l'anus et le rectum.

Celles de l'anus vont nous occuper tout d'abord.

I.

Lésions tertiaires de l'anus. — Les lésions tertiaires de l'anus sont infiniment plus rares que celles des organes génitaux, à l'étude desquelles a été consacrée notre dernière conférence. Elles se présentent cependant avec une certaine fréquence qui les recommande à notre attention.

Ces lésions consistent surtout en des accidents de forme ulcéreuse. La forme gommeuse ne s'observe sur la région anale que d'une façon tout-à-fait exceptionnelle.

Quelques mots suffiront à la description de ces deux ordres d'accidents, car ils se présentent ici avec leurs caractères habituels, et ne doivent qu'à des conditions de siége les quelques particularités dont je vais avoir à vous parler.

1° *Syphilides ulcéreuses.* — Les Syphilides ulcéreuses anales se développent soit exactement au niveau de l'anneau muqueux de l'anus, soit plus fréquemment au niveau de cet anneau muqueux en même temps que sur la région cutanée périphérique.

Elles sont ici ce qu'elles sont ailleurs, c'est-à-dire des *ulcérations* ; — des ulcérations plus ou moins creuses ; — plus ou moins étendues ; — variables d'aspect et de couleur, offrant le plus souvent un fond jaunâtre ou rouge vineux ; — sécrétant assez abondamment une matière purulente, sanieuse, parfois striée de sang.

La seule particularité qu'elles offrent à signaler consiste dans la configuration qu'elles affectent. Situées sur une région froncée, à plis radiés convergents, elles ne sauraient évidemment se prêter à la régularité de forme qu'il est habituel de leur voir observer sur les régions planes. Elles obéissent naturellement aux conditions du terrain sur lequel elles se produisent, et alors de deux choses l'une :

Ou bien, situées sur la marge de l'anus, elles figurent le plus généralement des lésions *allongées*, et allongées suivant la direction des plis de la région. Elles sont alors plus ou moins étendues comme surface ; quelquefois elles occupent une portion assez considérable de la marge de l'anus : plus souvent elles sont réduites aux proportions d'une simple fissure ou de ce que vulgairement on appelle une rha-

gade. — Fréquemment les parties sur lesquelles elles reposent deviennent le siége d'une inflammation symptomatique, laquelle engorge, épaissit, indure les plis anaux et les transforme en de gros bourrelets saillants. Dans ce cas, si peu que l'ulcération soit étendue, elle prend la forme *ondulée*, en ce sens qu'elle est alternativement exhaussée sur ces bourrelets proéminents et déprimée dans les sillons qui les séparent. Est-elle, au-contraire, plus restreinte, est-elle limitée au fond même de ces sillons, elle peut alors être en partie masquée par la saillie des bourrelets qui la surplombent, ou quelquefois même complétement dissimulée par l'adossement réciproque de ces bourrelets, au point de n'être plus perceptible que par le déplissement forcé de la région.

Ou bien, situées au niveau même de l'orifice rectal, ces syphilides ulcéreuses forment des plaies *à parois froncées* et adossées sur elles-mêmes, comme l'est la muqueuse anale à l'état sain. Vient-on alors à déplisser l'anus, ces ulcérations s'entrouvrent à la façon des feuillets d'un livre, pour revenir en contact réciproque une fois qu'on cesse de distendre le sphincter. — Comme détail complémentaire, ajoutons que, dans la plupart des cas, ces lésions ulcéreuses s'accompagnent d'un certain degré de boursouflement inflammatoire, œdémateux ou scléreux, de la muqueuse anale. Presque toujours en pareil cas on trouve l'orifice rectal bordé d'une série de mamelons ovoïdes ou aplatis latéralement, gros comme une groseille ou un haricot, rosés de surface, et offrant une rénitence soit inflammatoire et pâteuse, soit sèche, parcheminée, élastique, comparable à l'induration chancreuse.

Quelquefois, une seule de ces lésions se présente à l'anus, d'autres fois on en observe plusieurs. On voit même en certains cas toute la circonférence de l'anus être convertie en une plaie unique par le fait d'une syphilide ulcéreuse étendue, ou par la fusion de plusieurs de ces ulcérations originairement distinctes.

Il est presque superflu de dire qu'en raison même de leur siége ces lésions sont de nature essentiellement persistante. Exposées, en effet, à être souillées par les matieres fécales, exposées de plus à être tiraillées, distendues, dechirées par le passage de ces matières, elles doivent être et elles sont en général assez rebelles. On n'en vient à bout que par des soins minutieux, une hygiène locale bien entendue, et des pansements appropriés. *A fortiori*, sont-elles persistantes et sujettes à se compliquer d'accidents inflammatoires, alors qu'elles sont abandonnées à elles-mêmes, négligées ou irritées par diverses causes.

Ces lésions donnent lieu à des troubles fonctionnels plus ou moins accusés. Elles sont souvent douloureuses ; — elles entretiennent vers la région un sentiment de gêne constante, de tension, de chaleur ; — elles provoquent de faux besoins de défécation, et quelquefois même un véritable ténesme; elles ne permettent enfin l'évacuation des selles qu'au prix de souffrances assez vives.

Cependant, une double remarqne doit trouver place ici. En premier lieu, ces ulcérations sont généralement moins douloureuses qu'on ne le supposerait *a priori* d'après leur nature, leur étendue, leur profondeur, et surtout d'après leur siége sur une région soumise à des alternatives de relâchement et de resserrement, sur une région où la moindre fissure est souvent l'origine de cruelles angoisses. — En second lieu, elles ne déterminent presque jamais (du moins, d'après mon observation personnelle), ces spasmes si effroyablement douloureux qui accompagnent et caractérisent la fissure à l'anus. — Ce sont donc, relativement, des ulcérations *tolérantes,* si je puis m'exprimer ainsi, n'éveillant pas ces contractions du sphincter

et ces atroces crises névralgiques que suscitent parfois, pendant ou après la défécation, d'autres lésions anales moins importantes.

2° *Lésions gommeuses.* — Les lésions gommeuses sont tout-à-fait exceptionnelles à l'anus. Je ne les y ai jamais observées, pour ma part, que par extension à l'anus d'ulcérations gommeuses périphériques. Tel était, comme exemple, le cas d'une jeune femme que nous avons eue dans nos salles ces dernières années. Cette malade présentait sur la fesse gauche une énorme ulcération gommeuse de forme phagédénique. Dans son progrès excentrique, la lésion aboutit à avoisiner, puis à envahir l'anus, et détermina là une ulcération profonde qui pénétra jusque dans le rectum.

Peut-être bien, néanmoins, certaines lésions anales que nous observons à l'état d'ulcérations ne sont-elles que le dernier terme de gommes préalablement solides et plus tard ulcérées. Je serais tenté de le croire, sans oser l'affirmer cependant, car la démonstration du fait m'a échappé jusqu'à ce jour.

II.

Lésions tertiaires du rectum. — Les lésions tertiaires du rectum sont de plusieurs ordres. Elles peuvent être rangées sous les trois chefs suivants :

1° *Syphilides ulcéreuses* ;

2° *Syphilides gommeuses* ;

3° *Syphilôme ano-rectal*, lésion des plus curieuses, non encore déterminée historiquement dans sa période initiale, mais aboutissant dans une période avancée à la sclérose rétractile des parois rectales, et devenant ainsi l'origine la plus habituelle des rétrécissements rectaux.

Je serai bref sur les deux premiers groupes de ces lésions. Les syphilides ulcéreuses, en effet, ne présentent pas ici de caractères différents de ceux qu'elles affectent sur d'autres muqueuses ; et quant aux syphilides gommeuses, elles sont tellement rares dans le rectum qu'il suffira de les mentionner. J'aurai besoin en revanche d'insister longuement sur le syphilôme ano-rectal, lésion aussi importante que peu connue jusqu'à ce jour, et lésion à laquelle se rattache, comme vous le verrez, un intérêt pratique considérable.

1° *Syphilides ulcéreuses.* — Les syphilides rectales tertiaires de forme ulcéreuse s'observent dans deux ordres de conditions différentes.

Le plus souvent, circonscrites à la partie la plus inférieure du rectum, elles ne sont en réalité que la continuation intra-rectale d'ulcérations et même nature développées sur l'anus. Presque toujours, en effet, on les voit coexister et se confondre avec des syphilides ulcéreuses anales. Elles remontent plus ou moins haut dans l'intestin, généralement à 1 ou 2 centimètres au-delà du sphincter, plus rarement à 3 et 4 centimètres. En deux cas, j'en ai rencontré qui dépassaient les limites auxquelles l'œil pouvait les suivre, même avec l'aide du spéculum ou d'une valve de Sims.

Il est donc incontestable, tout d'abord, que des ulcérations tertiaires peuvent exister dans le rectum par le fait d'une propagation, d'une extension des syphilides ulcéreuses anales, et constituer là de véritables *syphilides intra-rectales*. Sur ce premier point, pas de discussion possible, nul embarras.

Mais, second point, plus controversable et plus délicat. Observe-t-on dans le rectum des ulcérations indépendantes d'ulcérations anales ? Existe-t-il des syphilides rectales, *originairement* et *primitivement rectales*, tout comme il existe des syphilides utérines sans connexion avec les syphilides vulvaires? Eh bien, oui, des lésions de ce genre ont été constatées ; oui, des ulcérations tertiaires peuvent se produire d'emblée dans le rectum, sans provenir par irradiation de lésions anales. On en a vu des exemples, et cela dans deux ordres de cas différents, à savoir : 1° dans des cas où l'autopsie révélait des ulcérations intestinales *multiples*, non pas seulement limitées au rectum, mais disséminées dans l'S iliaque et le côlon ; — 2° dans des cas où le rectum *seul* était le siége d'ulcérations de ce genre. Ces ulcérations, plusieurs fois observées sur le vivant, occupaient la paroi rectale à diverses hauteurs, le plus habituellement au niveau de la région ampullaire. Elles pouvaient parfois être appréciées rien que par le toucher digital, en raison de leur surface inégale et grenue qui tranchait avec l'état lisse et velouté des parties voisines. Elles devenaient manifestes par l'examen direct, sous formes de plaies, d'entamures à bords irréguliers, à fond rouge et saignant, partiellement recouvert de détritus grisâtres ou de mucosités adhérentes.

Mais, ajoutons aussitôt que si ces ulcérations spécifiques intra-rectales ont une existence incontestable, elles sont excessivement rares, prodigieusement rares. Ce sont là, oserai-je dire, des lésions tout-à-fait exceptionnelles.

Vous pourriez croire, Messieurs, que cette rareté est plus apparente que réelle, en ce sens qu'on n'accorde pas toujours à ces lésions une attention suffisante, qu'on ne les cherche pas avec assez de soin, et qu'elles ont toutes chances de la sorte pour rester inaperçues. Il n'ent est rien. Je vous affirme que, pour ma part, j'ai *cherché* consciencieusement les syphilides rectales et que je les ai rencontrées seulement en un bien petit nombre de cas. D'autres observateurs les ont aussi cherchées sans être plus heureux. Si bien quelles sont à peine signalées dans la plupart des traités spéciaux.

2° *Syphilides gommeuses.* — Plus exceptionnelles encore que les précédentes sont les lésions rectales de forme gommeuse. On en a parlé quelquefois, mais sans en présenter jamais d'exemple bien authentique, réserve faite cependant pour un cas cité par M. le professeur Verneuil. Quant à moi, je dois déclarer n'en avoir jamais observé jusqu'à ce jour.

Bornons-nous donc à mentionner à sa place cet ordre d'accidents, et passons à l'étude d'une autre lésion bien autrement digne à tous égards de fixer notre attention, à savoir le *syphilôme ano-rectal*.

3° *Syphilôme ano-rectal.* — Non encore décrite, du moins non décrite dans son évolution complète, telle que je vais essayer de vous la présenter, cette troisième forme des affections tertiaires du rectum consiste sommairement en ceci :

Une infiltration des parois ano-rectales par un néoplasme encore indéterminé comme structure initiale, mais susceptible de dégénérer en un tissu fibreux rétractile et de constituer ainsi des coarctations intestinales plus ou moins étendues.

Ainsi que nous le verrons plus tard, cette lésion est l'origine la plus fréquente des rétrécissements rectaux d'origine syphilitique ; c'est même l'origine essentielle du véritable rétrécissement syphilitique du rectum. Est-ce assez vous dire par cela seul quel intérêt clinique se rattache à cet ordre d'accidents ?

A cette lésion il fallait un nom. En ayant reconnu la spécificité de nature, mais en ignorant la structure intime, j'ai été conduit à la baptiser simplement du nom de *syphilôme ano-rectal,* dénomination qui, affirmant l'essence syphilitique de la lésion, ne préjuge rien de sa constitution histologique, dénomination qui d'ailleurs pourra être changée plus tard pour une meilleure, s'il y a lieu. Quant à présent, conservons-la, si vous le voulez bien. Peu importe le nom, au surplus ; voyons ce qu'est l'accident auquel il s'applique ; cela seul intéresse le clinicien.

I. — Au rectum, d'abord, où la lésion est plus fréquente et mieux accusée qu'à l'anus, elle se caractérise essentiellement par une modification survenue dans l'état anatomique des tuniques intestinales. Cette modification se traduit par un *épaississement rigide des parois rectales*. Elle est très-facilement accessible et appréciable par le simple toucher digital. Le doigt, en effet, introduit dans le rectum, perçoit immédiatement que les conditions physiques de l'intestin ne sont plus ce qu'elles doivent être, ce qu'elles sont normalement ; elle en diffèrent au contraire du tout au tout, et cela à deux points de vue principaux que voici :

En premier lieu, les parois rectales sont manifestement dures et rigides. Elles ne présentent plus la souplesse de tissu qui leur est habituelle. Au lieu d'être un cylindre à tuniques molles, membraneuses, dépressibles, dilatables, le rectum est devenu un cylindre ferme, résistant, inextensible, *rigide* en un mot.

En second lieu, les parois de ce cylindre sont manifestement *épaissies,* et de là même dérivent les modifications de consistance et de forme subies par l'intestin. Cet épaississement est plus ou moins considérable suivant les cas, suivant le siége et surtout suivant l'âge de la lésion. Chez l'homme, on ne peut jamais l'apprécier que d'une façon approximative ; mais chez la femme on a toute facilité pour s'en rendre un compte exact. Le toucher vaginal, en effet, uni au toucher rectal, permet de mesurer cet épaississement hyperplasique, lequel varie de quelques millimètres jusqu'à un centimètre environ.

Donc, rectum épaissi et rigide, voilà ce que l'examen clinique constate tout d'abord. Déduction naturelle : pour que le rectum se présente altéré de la sorte dans ses conditions anatomiques, il faut de toute nécessité qu'il soit devenu le siége d'une néoplasie, qui, s'infiltrant dans sa trame, en ait accru l'épaisseur, en même temps que modifié la consistance. C'est là en effet ce qui a lieu, comme nous le verrons bientôt.

Mais poursuivons. Le toucher rectal ne se borne pas à ces données déjà si précises. Il fournit encore d'autres renseignements très-essentiels à recueillir.

Ainsi, il apprend à l'observateur que la surface de l'intestin hyperplasié et modifié dans sa structure comme nous venons de l'indiquer, est quelquefois inégale, mamelonnée, cannelée par places, et comme parcourue par de grosses colonnes verticales. Cela, au reste, n'est qu'un détail d'importance secondaire. Passons.

En revanche, pour être négatifs, les deux caractères suivants, qui ressortent nettement de l'exploration rectale, ont dans l'espèce une importance considérable :

1° La muqueuse de ce rectum malade *n'est le siége d'aucune cicatrice*, d'aucune bride, d'aucune dépression inodulaire. Rien n'indique au toucher, rien ne témoigne à la vue que cette muqueuse ait été affectée par une plaie, par une ulcération. Tout au contraire, elle est saine en surface, absolument saine. — Pour l'instant, signalons simplement le fait, dont nous verrons plus tard les conséquences à déduire au point de vue de la pathogénie de la lésion.

2° Cette même muqueuse *n'est le siége actuel d'aucune ulcération.* Elle est intacte, complétement intacte dans ses couches superficielles, comme le démontre le toucher, comme le démontre plus sûrement l'exploration *de visu* faite avec une valve de Sims. Sans doute, elle ne restera pas toujours dans cet état d'intégrité, sans doute, le moment est proche où elle sera attaquée dans sa trame, érodée, ulcérée. Mais n'anticipons pas. Quant à présent, rien de semblable n'existe encore. Et lorsqu'on a l'occasion (occasion très-rare, j'en conviens) d'examiner la lésion *jeune*, c'est-à-dire à une époque voisine de son développement initial, on constate en toute certitude qu'elle consiste originairement en une hyperplasie interstitielle des tuniques rectales, *sans altération en surface de la muqueuse, sans ulcération.* Cela, pour ma part, je l'ai nettement observé en plusieurs cas.

Telle est donc, à sa première période, la lésion qui nous occupe, se résumant en ceci : rectum épaissi et rigide, avec intégrité en surface de sa tunique muqueuse.

Cela posé, précisons le siége, l'étendue et la forme qu'affecte la lésion.

Ce sont les portions *inférieures* du rectum, exclusivement, qui sont affectées par le néoplasme tertiaire. Presque toujours la lésion se rencontre dans la portion dite ampullaire, qui constitue pour elle un véritable siége de prédilection. — Plus rarement elle envahit la portion sphynctérienne. — Ne peut-elle se produire plus haut, dans les régions supérieures du rectum? Je n'oserais le dire; je ne sache pas, en tout cas, qu'elle y ait été jamais observée, et, pour ma part, je ne l'ai vue dans aucun cas dépasser la région ampullaire.

L'étendue qu'elle affecte est sujette à variétés. Quelquefois l'intestin n'est intéressé que dans une hauteur de 2 à 3 centimètres. Plus souvent il est envahi sur une surface qui mesure en moyenne de 4 à 6 centimètres verticalement, et même jusqu'à 7 et 8 centimètres dans les cas où, partant de l'anus, la lésion se prolonge sans interruption jusqu'à un niveau plus ou moins élevé de la portion ampullaire.

Comme développement en largeur, l'hyperplasie répond à toute la circonférence du rectum. C'est dire que, comme le rectum, elle se constitue *en cylindre.* Peut-elle n'être que partielle, se limiter à un segment de la circonférence rectale ? Il serait prématuré de résoudre négativement cette question. Je dois dire cependant que je n'ai jamais observé de syphilôme rectal circonscrit à une portion du contour de l'intestin. Dans tous les cas que j'ai consignés dans mes notes, comme dans ceux qui m'ont été signalés, toujours le rectum était affecté circulairement, sur *toute* l'étendue de son pourtour ; toujours le néoplasme offrait la forme cylindrique

A la période où nous l'avons envisagée jusqu'à présent, la lésion ne constitue pas encore de rétrécissement rectal. Le rectum est moins large, cela est vrai ; il est surtout moins dilatable; mais c'est tout, et l'on ne saurait dire qu'il soit actuellement rétréci. Le doigt y pénètre facilement et s'y meut à l'aise. Le cours des matières est libre, et l'expulsion du bol fécal se fait à peu de chose près comme à l'état normal ou avec une gêne minime, presque inappréciable. — Ajoutons d'autre part que la lésion est absolument indolente par elle-même et n'éveille en rien l'attention du malade. — Si bien, soit dit incidemment, que cette absence de douleurs et de troubles fonctionnels est merveilleusement faite pour qu'à cette période la maladie passe inaperçue ; et cela explique comment elle est restée si longtemps obscure, inconnue dans son développement originel.

Cependant, remarquons-le bien, si la lésion ne constitue pas encore de rétrécissement véritable à cette période, il n'est pas moins vrai que déjà elle altère et la

forme, et le calibre, et les fonctions du rectum. Ce rectum épaissi et rigide n'est plus élastique et dilatable comme à l'état sain; il se prête moins bien à l'ampliation normale qui lui est imposée, moins bien aussi au travail expulsif qu'il doit accomplir; bref, il est altéré anatomiquement et physiologiquement. Et de plus, si la coarctation n'est pas encore faite, déjà du moins les éléments en sont préparés. Déposés dans les parois rectales, ces éléments n'ont plus qu'à se développer. Le rétrécissement, en un mot, existe *en germe* dès cette période initiale, et bientôt il se constituera, si l'art n'intervient pas à temps pour conjurer la suite naturelle, spontanée, la suite inévitable de cette évolution pathologique.

II. — La lésion que nous venons de décrire ne reste pas toujours exclusivement rectale; elle peut envahir l'*anus*. S'il est rare qu'elle se circonscrive uniquement à la région anale, il est assez fréquent qu'elle l'affecte en même temps que le rectum. Voyons comment elle se présente en ce point.

Le syphilôme anal tertiaire ne diffère que par le siége du syphilôme rectal. Mais cette seule condition de siége lui imprime des apparences objectives qui demandent à être signalées.

Au lieu de se constituer en nappe, en cylindre régulier, comme sur le rectum, l'hyperplasie morbide, rencontrant à l'anus une région à plicatures froncées, prend une forme appropriée à cette disposition anatomique spéciale. Bridée par les plis anaux et le resserrement du sphincter, elle se segmente en infiltrations partielles *lobulaires*, qui figurent au niveau de l'orifice anal autant de petites tumeurs en apparence indépendantes, libres par leur sommet, mais reliées entre elles par une base commune, laquelle n'est autre que la muqueuse anale. Les petites tumeurs en question sont variables de forme et de volume, les unes sphéroïdales, hémisphériques, olivaires, semblables à des groseilles, à des noisettes, les autres plus allongées, moins régulières, représentant des crêtes muqueuses, des boudins, des bourrelets qui, convexes par leur surface libre, s'aplatissent sur leurs faces latérales par contiguité réciproque. Assez analogues d'aspect soit à des marisques, soit à des tumeurs hémorrhoïdaires herniées, ces appendices anaux sont recouverts par la muqueuse saine de la région ou par la peau périphérique, alors qu'ils empiètent sur la marge de l'anus, ils sont intacts de surface, c'est-à-dire non érodés, (sauf complications ultérieures). Au toucher, ils présentent une dureté notable, sèche, élastique, différente de la dureté pâteuse de l'œdème ou des phlegmasies. Enfin, ils sont indolents, soit spontanément, soit à la pression, réserve faite pour le cas fréquent où ils s'enflamment et deviennent le siége d'érosions superficielles, toujours plus ou moins douloureuses.

C'est à cette forme de lésion qu'on donnait autrefois le nom de *condylomes*, en même temps qu'à leur mode de groupement celui de *bouquet condylomateux*. Inutile, je pense, de vous dire que ces vieilles dénominations sont délaissées aujourd'hui, parce qu'elles ne sont plus en harmonie avec les exigences de la science contemporaine. Indifféremment appliquées, en effet, soit à des tumeurs syphilitiques, d'ordre divers, soit même à des lésions non syphilitiques, elles prêtent à de regrettables confusions et méritent à tous égards d'être bannies de la nomenclature.

III. — Il est assez habituel, comme vous le savez déjà, que le syphilôme anal soit associé au syphilôme rectal. Dans ce cas, les infiltrations hyperplasiques qui le constituent se réfléchissent de l'anus dans l'intestin et se continuent sans intermé-

diaire avec les lésions semblables du rectum. Quelquefois, mais cela est bien plus rare, elles sont séparées de ces dernières par un intervalle variable de tissus sains.

D'autre part, le syphilôme anal se déverse parfois en dehors, sur les portions cutanées, périphériques. Il constitue là, dans ce cas, des plaques hyperplasiques, qui rayonnent de l'orifice anal en divergeant suivant le trajet des plis radiés, ou s'étalent irrégulièrement sur la marge de l'anus. Vous voyez une de ces plaques sur ce moulage en cire, très-habilement exécuté par M. Jumelin ; elle mesure deux centimètres de long sur un de largeur. — Sur une autre pièce, deux plaques de même nature occupent la marge de l'anus, offrant l'une l'étendue d'une amande, et l'autre, plus allongée, celle d'une petite datte. — Ces lésions extra-anales, qui se continuent toujours avec celles de l'anus, figurent des noyaux ou mieux des *nappes d'infiltration cutanée*, pénétrant en profondeur dans la trame de la peau et peut-être même jusque dans le tissu cellulaire. Elles sont dures à la pression, résistantes et comme parcheminées. Rosées de surface, rougeâtres en quelques cas, elles rappellent assez exactement d'aspect la forme exubérante de syphilides secondaires à laquelle j'ai donné le nom de *syphilide papulo-hypertrophique*, et nul doute qu'en bien des cas elles n'aient été confondues avec cette dernière. Enfin, comme les lésions précédentes, elles sont indolentes par elles-mêmes, indolentes au toucher et à la pression, sauf dans les cas où, par défaut de soins, elles viennent à s'éroder, à se fissurer, et surtout à s'enflammer superficiellement. Dans ces conditions nouvelles, elles sont alors prurigineuses, sensibles, douloureuses même, et sécrètent une matière fluide, séro-purulente, sanieuse, souvent striée de sang.

IV. — Nous venons de décrire successivement les lésions du syphilôme ano-rectal sur le rectum, sur l'anus et sur la marge de l'anus. Eh bien, il est des cas où le rectum, l'anus et la région cutanée péri-anale sont affectés à la fois. Ce qu'on observe alors est un état hyperplasique de *toute* la région ano-rectale.

C'est ainsi que, sur une jeune femme à laquelle j'ai donné mes soins ces dernières années l'exploration extérieure et le toucher rectal permettaient de constater ceci : d'abord à la marge de l'anus, deux nappes d'indurations saillantes, en forme d'amandes, sèches et rosées de surface ; à l'anus même, véritable « bouquet condylomateux », constitué par cinq petites noisettes ou bourrelets très-durs au toucher, rougeâtres, et d'un volume variable entre un grain de raisin et une olive ; en troisième lieu, rectum épaissi et rigide depuis l'orifice anal jusqu'à une hauteur de 7 à 8 centimètres ; parois rectales absolument hyperplasiées dans toute cette étendue, légèrement irrégulières comme surface, mais non ulcérées ; et déjà calibre du rectum notablement réduit ; en tout cas, ampoule rectale effacée inférieurement, et remplacée par un cylindre dur, non contractile, non élastique, non dilatable.

C'était là un exemple de syphilôme ano-rectal au grand complet.

V. — Constituée sous telle ou telle des formes qui précèdent, que devient plus tard la lésion ?

Cela, malheureusement, c'est ce que nous savons le mieux, et pour cause. Le plus souvent, en effet, ainsi que je vous l'ai déjà dit, neuf fois sur dix pour le moins, nous n'observons guère la lésion qu'après coup, à une date plus ou moins éloignée de son origine, et au-delà de la période que nous venons de décrire. Le

plus souvent nous ne sommes consultés pour le syphilôme ano-rectal qu'à l'époque où il a dégénéré en rétrécissement rectal, et de la sorte nous n'avons que l'occasion trop fréquente d'être renseignés sur l'évolution ultérieure de la maladie. Mais n'anticipons pas sur ce qui doit suivre, et reprenons la question telle que nous l'avions posee, à savoir : que devient la lésion au-delà de la période à laquelle nous venons de l'examiner?

De deux choses l'une:

1° Traitée, et traitée de bonne heure, la lésion peut guérir, ou sinon guérir dans le sens strict du mot, du moins s'amender, s'enrayer assez bien pour que les troubles fonctionnels qui en dérivent à un moment donné soient supportables, compatibles avec l'exercice des fonctions. De cela, je l'avoue, les exemples sont bien peu communs; ils se comptent. Je n'ai vu que deux fois, pour ma part, des syphilômes rectaux rétrocéder sous l'influence du traitement spécifique. La guérison (ne mettons même en cause ici que la guérison relative) est donc de l'exception, l'exception rare, et cela surtout, je crois, parce que la lésion est méconnue à son début, négligée, non traitée, et aboutit de la sorte à dégénérer en une production fibreuse rétractile, d'où dérive le rétrécissement.

2° Non traité, le syphilôme ano-rectal persiste, d'abord. Et non-seulement il persiste, mais il dégénère et il s'aggrave. Il devient *fibreux*, et de plus *il se rétracte*. Il se rétracte, voilà le phénomène essentiel, voilà le phénomène redoutable, celui dont va dépendre toute l'évolution ultérieure de ce curieux processus pathologique. Il se rétracte, et pourquoi? En vertu de cette tendance du tissu fibreux morbide à revenir sans cesse sur lui-même. La conséquence toute naturelle de cette rétraction progressive, c'est de diminuer le calibre de l'intestin. Et alors, comme conséquence de cette conséquence (car ici tout s'enchaîne), se déroule la série des phenomènes secondaires qu'on voit se développer à la suite des rétrécissements de tout ordre et de tout siége, à savoir : dilatation du canal situé en-deçà du rétrécissement, inflammation, ulcération, suppuration, etc..., avec tout le cortége des troubles fonctionnels corrélatifs à ces lésions. — Bref, le syphilôme rectal *dégénère en rétrécissement rectal* ; tel est son mode de terminaison.

VI. — Et maintenant, Messieurs, que nous avons étudié le syphilôme ano-rectal comme lésion clinique, pouvons-nous dire ce qu'il est anatomiquement ?

Anatomiquement, nous ne le connaissons encore que d'une façon incomplète. Nous le connaissons dans ses phases ultimes, mais non à son point de départ. Nous savons ce qu'il est comme lésion dégénérée; nous ne savons pas ce qu'il est comme lésion initiale, primordiale.

Ce à quoi il aboutit à une période avancée n'est rien autre qu'une transformation fibreuse des parois rectales, une véritable *sclérose rectale*, avec épaississement, infiltration et rétraction des diverses tuniques de l'intestin. C'est là ce dont déposent toutes les autopsies faites jusqu'à ce jour. Mais antérieurement, préalablement en quoi consiste le syphilôme ano-rectal? Cela, je vous le répète encore, nous l'ignorons.

Cependant, si nous ignorons par défaut de renseignements directs ce qu'est la lésion jeune et naissante, nous avons bien le droit, par voie d'analogie, de présumer ce qu'elle peut être, je dirai plus, ce qu'elle doit être. Il y a tout lieu de croire en effet qu'elle est identique, ou tout au moins analogue, à ce que sont d'autres lésions de même ordre développées par la syphilis dans différents viscères, dans le

foie par exemple, ou dans le testicule. Il y a tout lieu de croire qu'elle consiste originairement en une *hyperplasie conjonctive*, laquelle, abandonnée à son évolution propre, se transforme plus tard en une production fibreuse. Que voyons-nous, pour reprendre l'exemple que je viens de citer, que voyons-nous se produire dans le foie sous l'influence de la syphilis tertiaire? Des hyperplasies conjonctives qui dégénèrent ultérieurement en tissu fibreux ; puis des rétractions consécutives de ce tissu fibreux ; lesquelles déterminent ces cicatrices du foie, ces dépressions, ces enfoncements, ces mamelonnements, ces déformations singulières aujourd'hui bien connues, dont vous pouvez voir un beau spécimen sur cette reproduction en cire (Pièce n° 170 du musée de Lourcine). Eh bien, vraisemblablement, c'est la même série de lésions et de phénomènes qui se déroule dans le rectum. Vraisemblablement, le processus anatomique débute ici de la même façon par une hyperplasie conjonctive de la cloison rectale, hyperplasie envahissant tout ou partie des tuniques de l'intestin. A l'état récent, dans sa première période, cette hyperplasie constitue ce que nous venons de décrire sous le nom de syphilôme ano-rectal. Puis, plus tard, abandonnée à son évolution propre, elle se transforme, comme dans le foie, en un tissu fibreux, lequel, comme dans le foie encore, se rétracte à un moment donné et détermine ainsi le rétrécissement. Si, au lieu d'être ce qu'il est, le foie avait une configuration cylindrique, les lésions auxquelles il aboutit ne détermineraient-elles pas aussi un rétrécissement? Le rectum, lui, est un cylindre. Dégénéré en tissu fibreux rétractile, il revient sur lui-même, et de la sorte se trouve constitué le rétrécissement.

Donc, suivant toute vraisemblance, le syphilôme rectal n'est d'abord, originairement, qu'une rectite hyperplasique. Plus tard, cette hyperplasie rectale se transforme en une rectite fibro-scléreuse, laquelle devient, à son tour, l'origine, la raison même du rétrécissement ultérieur et des accidents consécutifs à ce rétrécissement.

Cela, Messieurs, je ne puis vous le donner encore qu'à l'état d'hypothèse ; car, des deux éléments qui composent la pathogénie ou le processus anatomique dont je viens de vous entretenir, un seul nous est acquis et l'autre reste inconnu. Mais c'est là, soyez-en sûrs, une hypothèse basée sur des inductions sérieuses, et que viendra sans doute confirmer une autopsie quelque jour.

III.

Rétrécissement syphilitique du rectum. — Ces prémices établies, nous allons être en mesure actuellement, Messieurs, d'aborder, avec des données nouvelles, la question du rétrécissement syphilitique du rectum ; question difficile, sujette à controverses, et qui récemment encore vient d'occuper avec grand intérêt plusieurs séances de la Société de chirurgie. Cette question, bien entendu, nous ne la traiterons ici qu'en ce qui nous concerne, laissant de côté, comme nous devons le faire, toute la partie non spéciale de ce vaste et complexe sujet.

Pathogénie. — Du premier coup, nous voici aux prises avec le point le plus ardu de la question. C'est en effet la pathogénie du rétrécissement rectal syphilitique qui a été le plus souvent discutée, et qui plusieurs fois même a servi de thème à des controverses très-vives, presque passionnées. Si ce dernier mot vous fait

prévoir que nous allons nous trouver en face d'opinions diverses et quelquefois même absolument contradictoires, votre attente ne sera pas trompée.

Pour certains auteurs (peu nombreux, il est vrai, et devenus de moins en moins nombreux à mesure que le jour s'est fait sur la question), le rétrécissement syphilitique proprement dit du rectum *n'existerait pas*; doctrine radicale, ultra-radicale, qui, si elle devait être admise, rendrait inutile tout développement ultérieur. Dans cette doctrine, par le rétrécissement *syphilitique* du rectum, il n'existerait que des rétrécissements vénériens ou autres, dérivant soit du traumatisme, soit de la blennorrhagie rectale, soit du chancre, soit d'excitations vénériennes contre nature, etc.

Pour d'autres inversement, et nous pouvons dire pour presque tout le monde, aujourd'hui, le rétrécissement rectal syphilitique est une entité morbide parfaitement réelle et tout aussi indéniable que les manifestations spécifiques les plus patentes. Sur ce point, l'accord est *presque* fait ou bien près de se faire. Mais si une majorité très-imposante se rallie à cette manière de voir, tout aussitôt en revanche, cette même majorité se dissout et se divise alors qu'il est question d'interpréter la pathogénie de ce rétrécissement d'essence syphilitique, c'est-à-dire d'expliquer le processus suivant lequel la syphilis aboutit à rétrécir le rectum.

Trois opinions pour le moins se produisent alors, à ne parler même que de celles auxquelles nous devons un examen sérieux.

La première considère le rétrécissement syphilitique du rectum comme une sorte de conséquence indirecte de la syphilis. « Pour moi, dit M. Gosselin dans un mémoire resté bien justement célèbre (*Archives générales de Médecine*, 1854), pour moi la maladie est syphilitique..., mais elle n'est pas, comme on le croit assez généralement, l'expression de la diathèse syphilitique... Il s'agit là, à mon sens, d'une forme d'affection syphilitique que les auteurs n'ont pas dénommée, qui n'est ni l'accident primitif, ni l'accident constitutionnel, et qui n'est autre qu'une lésion locale ou de voisinage, due à une *modification toute spéciale de la vitalité dans les tissus contaminés par le virus chancreux.* » — Inutile de vous dire, Messieurs, que tout d'abord cette « modification de vitalité » n'est qu'une simple interprétation hypothétique, impossible à vérifier. Inutile aussi d'insister sur ce qu'aurait d'étrange un tel phénomène, que nous ne voyons nulle part ailleurs résulter de la contamination chancreuse. Ajoutez enfin qu'une semblable modification apportée dans la vitalité des tissus affectés par le chancre, serait d'autant plus extraordinaire qu'elle ne se produirait pas au niveau même du chancre, mais *au-delà* de la région affectée par lui, puisque le chancre étant à l'anus, le rétrécissement se fait dans l'intestin, etc. Aussi, cette doctrine, malgré l'autorité du professeur éminent qui l'a émise, il y a une vingtaine d'années, ne compte-t-elle plus aujourd'hui que de rares partisans, ce qui d'ailleurs, empressons-nous de l'ajouter, n'enlève rien au mérite du si remarquable travail où M. Gosselin a développé ses idées et décrit comme personne ne l'avait fait avant lui, le rétrécissement syphilitique du rectum. Tel est, en effet, le caractère de certaines œuvres qu'on peut en contester les conclusions doctrinales sans en méconnaître ou en diminuer la haute valeur clinique.

Une seconde opinion n'admet le rétrécissement syphilitique du rectum qu'au titre d'une simple *conséquence cicatricielle* ou *inflammatoire* des ulcérations spécifiques de l'intestin. Dans cette manière de voir, le rétrécissement ne se développerait jamais que par le fait de cicatrices consécutives à des lésions ulcéreuses rectales ou d'une phlegmasie symptomatique de ces lésions.

Enfin, troisième doctrine pathogénique : le rétrécissement syphilitique du rectum serait un *accident constitutionnel de la syphilis*, c'est-à-dire serait le résultat direct d'une lésion syphilitique intéressant les parois rectales. Précisons mieux encore. Dans cet ordre d'idées, le rétrécissement se présenterait comme la conséquence de cette hyperplasie interstitielle du rectum que je vous décrivais il y a quelques instants sous le nom de *syphilôme ano-rectal,* et qui, aboutissant à la dégénérescence fibreuse, déterminerait, par rétraction consécutive, la coarctation intestinale.

Et voilà, Messieurs, où en est la question. Vous voyez qu'elle ne se distingue pas précisément par excès de clarté non plus que par un remarquable accord d'opinions. L'obscurité cependant n'y a été introduite, ce me semble, que par l'exclusivisme de certains observateurs ; et je ne crois pas moins que la lumière pourrait s'y faire sans grands efforts, pour peu qu'on n'apportât dans la discussion des divers problèmes qui s'y rattachent ni opinions préconçues, ni esprit de système, ni surtout parti pris de vouloir tout expliquer par une seule doctrine, de vouloir tout soumettre à une pathogénie unique et invariable. Essayons donc de procéder ainsi, en prenant à la fois pour guides et la pathologie commune et les faits cliniques spéciaux.

Une première vérité, non moins évidente que souvent méconnue, c'est qu'un rétrécissement du rectum, comme un rétrécissement d'un canal cylindrique quelconque, ne dérive pas toujours et obligatoirement d'une lésion *unique*. Il peut tout au contraire, il doit même reconnaître des origines variées. Un rétrécissement, en effet, n'est qu'un état physique, n'est qu'une conséquence, un résultat, auquel sont susceptibles de concourir, comme origine, toutes les causes imaginables qui peuvent altérer, transformer, détruire les parois d'une cavité canaliculaire. Dans l'espèce, alors que la syphilis n'est plus en cause, tout le monde s'acccorde à reconnaître qu'un rétrécissement rectal a droit de succéder aux causes les plus variées, telles que lésions traumatiques, ulcérations spontanées, inflammation chronique, cautérisation par les acides, ou même simple compression extérieure, etc. Eh bien, ce que peuvent faire sur le rectum des influences non spécifiques, pourquoi refuser aux influences spécifiques la faculté de le produire également ? Ces dernières aussi peuvent affecter le rectum de diverses façons et y déterminer conséquemment des coarctions de divers ordres. Elles peuvent ulcérer, détruire, enflammer, infiltrer, etc., les tuniques rectales, et devenir ainsi l'origine de rétrécissements qui reconnaîtront comme origine des processus anatomiques différents. Cela est rigoureusement rationnel et logique, n'est-ce pas ? Or, cela n'est pas moins clinique et anatomique, comme vous allez le voir.

Quand on étudie de près les observations de rétrécissements rectaux imputables à la syphilis (ne parlons plus que de ceux-ci actuellement), on reste convaincu, de par les symptômes et de par les lésions, que ces rétrécissements *peuvent dériver de processus anatomiques différents*.

Pour n'envisager tout d'abord que ce qu'il y a de mieux démontré jusqu'ici, de plus évident, l'examen clinique et l'examen nécroscopique conduisent à ceci : c'est que *les rétrécissements rectaux dérivent tantôt d'ulcérations rectales*, *et tantôt d'infiltrations rectales hyperplasiques* (*syphilôme ano-rectal*).

Justifions cette double proposition.

1° *Il est*, ai-je dit, *des rétrécissements rectaux qui dérivent d'ulcérations rectales*. Cela est patent d'après l'étude de certains faits cliniques se résumant en la série des phénomènes que voici :

Sur un malade, on découvre une ulcération rectale ; cette ulcération existe sans le moindre rétrécissement, et cela, on le constate, on le sent, on le voit même, grâce aux divers modes d'examen dont nous disposons ; — la plaie se répare et se cicatrise ; — puis, la cicatrice faite, à un moment donné, le toucher rectal révèle l'existence d'une bride, d'une valvule, d'un anneau dur, qui diminue, qui resserre la cavité intestinale ; — ce retrait du calibre rectal va croissant : — vient enfin une période où un véritable rétrécissement se trouve constitué.

Ici, nul embarras. Le fait est si patent qu'il faudrait fermer les yeux à l'évidence pour récuser la pathogénie qui a présidé à la formation de ce rétrécissement. Il est constant que l'ulcération rectale, la syphilide ulcéreuse rectale, pour l'appeler par son nom, a été l'accident originel d'où a dérivé consécutivement la stricture. C'est le travail de cicatrisation, c'est la cicatrice qui a restreint le calibre de l'intestin ; et le rétrécissement constitué de la sorte peut, à bon droit, être qualifié de *cicatriciel*.

Les rétrécissements syphilitiques qui reconnaissent ce mode pathogénique spécial sont donc indéniables. Ils existent très-certainement.

Disons immédiatement qu'ils sont rares. D'après ce que j'ai vu, du moins jusqu'à ce jour, ils sont bien loin d'égaler en fréquence les rétrécissements qui se forment en vertu d'un autre processus anatomique, celui précisément dont nous allons parler.

2° *Il est*, en second lieu, *des rétrécissements rectaux syphilitiques qui dérivent d'une hyperplasie interstitielle des parois rectales, sans ulcérations primitives* ; il est, en un mot, des rétrécissements qui se produisent comme conséquence ultérieure du syphilôme ano-rectal.

Ce deuxième mode pathogénique ne saurait pas plus être récusé que le précédent. Sans doute, il nous est donné bien rarement de pouvoir le suivre dans son évolution complète ; sans doute, dans l'énorme majorité des cas, le premier acte de cette évolution nous échappe et nous n'arrivons qu'au second, alors que le rétrécissement est constitué, alors même qu'il est compliqué de lésions ultérieures, notamment d'ulcérations. Mais il est à cela de bonnes raisons que je vous ai dites. En quelques cas d'ailleurs on a pu (et j'en ai eu l'occasion moi-même en deux circonstances) surprendre cette évolution à une époque assez jeune encore et l'observer dans ses modifications consécutives. Ce qu'on a vu alors est ceci : au début, parois rectales devenant le siège d'une infiltration hyperplasique, se transformant en tuniques épaisses et rigides, mais restant intactes de surface, ne présentant aucune ulcération ; — plus tard, développement continu et exagération progressive de cette hyperplasie interstitielle, toujours sans ulcération, — plus tard encore, calibre de la cavité rectale de plus en plus restreint, proportionnellement au progrès de l'infiltration des parois ; — et finalement, rétrécissement bien constitué, avec tout le cortége des lésions consécutives aux coarctations rectales de toute nature, à savoir inflammation, ulcération, suppuration, abcès périphériques, fistules, etc.

De là, conséquemment, cette double conclusion : 1° il est des rétrécissements rectaux qui se développent sans ulcérations rectales préalables, originelles ; — 2° il

est des rétrécissements rectaux nés d'une hyperplasie rectale primitive, dérivant de l'infiltration néoplasique à laquelle j'ai donné le nom de syphilôme rectal.

Il s'en faut, certes, et de beaucoup, que les rétrécissements par hyperplasie rectale soient admis par tous les cliniciens. Pour ma part, je les crois incontestables, et je suis très-heureux de me trouver sur ce point en communion d'idées avec plusieurs des maîtres éminents qui ont pris part à la discussion ouverte l'année dernière à la Société de chirurgie, notamment avec MM. Verneuil, Guérin et Trélat. Je crois même, d'après les résultats de mes observations personnelles, les rétrécissements de ce genre bien autrement fréquents que les rétrécissements par ulcération.

L'examen d'une série de faits que j'ai consultés à cet égard me confirme dans cette opinion, et peut-être bien serais-je autorisé à dire que le type *habituel* du rétrécissement tertiaire est le rétrécissement par hyperplasie.

Rétrécissement cicatriciel et rétrécissement hyperplasique, voilà, Messieurs, deux types bien définis de coarctation rectale. Mais n'existe-t-il que ces deux types? N'y a-t-il, pour déterminer les rétrécissements rectaux syphilitiques, que les deux modes pathogéniques précités? Cela est une autre question. Jusqu'à présent, de par les faits connus et bien étudiés, nous ne sommes en droit d'admettre que ces deux modes, nous ne pouvons donner comme authentiques que ces deux espèces bien distinctes de rétrécissement. Reste à savoir maintenant si la pathogénie des strictures syphilitiques du rectum nous est connue toute entière. Quelque autre processus diathésique n'est-il pas susceptible de produire des accidents semblables ou tout au moins d'y contribuer dans une certaine mesure? L'inflammation, par exemple, n'y peut-elle prendre une certaine part? C'est là, quant à moi, ce que je me garderais bien de nier.

Et je m'en garderais d'autant plus, qu'on rencontre parfois certains cas qui sont difficilement explicables, si l'on s'en tient avec rigueur aux deux modes pathogéniques que nous avons admis précédemment. Ainsi, par exemple, l'on dit avoir observé des rétrécissements rectaux déjà constitués (remarquez bien ceci) sous des ulcérations *qui n'étaient pas encore arrivées à cicatrisation*. Que s'était-il donc produit dans les cas de ce genre? Quelle était la raison du rétrécissement? La cicatrice n'y était pour rien, évidemment, puisqu'elle n'était pas née. S'était-il constitué sous l'ulcération une hyperplasie de nature spécifique? S'était-il fait une simple exsudation inflammatoire, produit d'une rectite symptomatique? Toutes les hypothèses sont permises, assurément, mais toutes restent à l'état d'hypothèses, et il serait plus qu'imprudent, dans l'état actuel de nos connaissances, de porter un jugement sur la pathogénie des cas semblables.

Il me semblerait difficile cependant d'exclure tout-à-fait l'inflammation de la pathogénie des rétrécissements rectaux. Il est quelques-uns de ces rétrécissements à la production desquels elle doit vraisemblablement prendre une certaine part, tels que ceux, par exemple, qui succèdent à des ulcérations chroniques plusieurs fois compliquées dans leur longue durée par des phénomènes inflammatoires plus ou moins graves, plus ou moins persistants. Dans les cas de ce genre, sommes-nous bien assurés que le rétrécissement se produise par le fait *exclusif* de la cicatrice? L'inflammation n'y joue-t-elle pas aussi son rôle? Il serait abusif, je crois, de tout attribuer ici à la cicatrice, sans tenir le moindre compte de la rectite interstitielle ou périphérique.

Peut-être bien, en conséquence, le dernier mot n'est-il pas dit sur les divers

processus anatomiques que peut effectuer la syphilis pour aboutir au rétrécissement rectal.

Quoi qu'il en soit, et sous le bénéfice de ces dernières réserves, tenons-nous-en à ce que nous avons de plus certain, de mieux démontré dans ce difficile sujet, et résumons la discussion précédente en disant :

1° Que la syphilis peut conduire au rétrécissement rectal par des processus anatomiques différents ;

2° Que ces processus sont pour le moins au nombre de deux, à savoir : la rétraction cicatricielle d'ulcérations rectales (*rétrécissement par cicatrice*) ; — et surtout l'hyperplasie rectale, cause la plus habituelle du rétrécissement tertiaire (*rétrécissement hyperplasique*) ;

3° Que vraisemblablement enfin, l'inflammation peut jouer un certain rôle, au moins comme cause accessoire, dans la production de certains rétrécissements rectaux d'origine syphilitique.

Cela posé, une seconde question se présente comme complément de l'étude pathologique que nous poursuivons.

Nous savons déjà par ce qui précède quelle est la lésion d'où dérive le rétrécissement hyperplasique ; cette lésion, c'est l'infiltration interstitielle des tuniques rectales, aboutissant à la dégénérescence fibreuse rétractile. Reste à rechercher quels sont les accidents d'où dérive le rétrécissement par ulcération. De cela je ne vous ai rien dit encore. Un mot donc sur ce dernier point.

On a avancé que les rétrécissements cicatriciels du rectum pouvaient dériver :

1° Du *chancre*, et notamment du chancre phagédénique ;

2° Des *plaques muqueuses,* et surtout, a-t-on dit, des « plaques muqueuses phagédéniques ; »

3° De lésions ulcéreuses, secondaires ou tertiaires.

Voyons ce qu'il y a de véritablement fondé dans ces assertions diverses:

1° Le rétrécissement par suite de chancre, rétrécissement *chancreux*, comme on l'a appelé, est purement théorique et absolument inadmissible, du moins en ce qui concerne le chancre syphilitique. Je nie qu'il existe une seule observation probante de chancre syphilitique intra-rectal ayant déterminé un rétrécissement de l'intestin.

Et il est à cela, Messieurs, de bonnes raisons, qu'avec sa grande et légitime autorité M. le professeur Verneuil développait récemment à la Société de chirurgie, à savoir :

D'abord le chancre syphilitique rectal *intra-rectal*, est excessivement rare, disons mieux, est prodigieusement rare. Je n'en ai pas encore observé un seul exemple à Lourcine, à Lourcine où il devrait se rencontrer plus qu'ailleurs, et ce n'est pas faute cependant d'avoir cherché cette lésion.

En second lieu, inutile de dire si le chancre syphilitique a tendance au phagédénisme, complication invoquée comme origine possible de rétrécissement. Chacun sait que la phagédénisme est pour le chancre infectant une exception véritable.

Troisièmement, le chancre syphilitique est très-généralement un accident superficiel, assez superficiel pour ne pas même laisser de cicatrice dans l'énorme majorité des cas. Comment donc admettre que dans le rectum il puisse déterminer une cicatrice susceptible de produire un rétrécissement?

Le chancre enfin est l'accident initial, l'exorde de la syphilis. Comment pourrait-il être la raison anatomique d'un accident qui ne se développe jamais, au plus tôt, que plusieurs années après lui, qui parfois même ne se manifeste que dix, quinze, vingt, vingt-six ans après le début de l'infection ?

Ces arguments et d'autres que je passe sous silence excluent la possibilité du rétrécissement consécutif au chancre *syphilitique*. Ah ! que le chancre *simple*, au contraire, lésion creuse, ulcéreuse, facilement extensive et même assez fréquemment sujette au phagédénisme, que le chancre simple, dis-je, puisse être l'origine de rétrécissements rectaux, cela est une autre question. Ici, il y a possibilité matérielle pour qu'un accident de ce genre détermine une coarctation cicatricielle de l'intestin. Mais le chancre simple n'est pas en cause actuellement, car nous ne parlons que des rétrécissements syphilitiques, et le rétrécissement qui pourrait résulter du chancre simple, lésion étrangère à la syphilis, ne serait nécessairement pas d'essence syphilitique, n'aurait rien de commun conséquemment avec la variété d'accidents qui nous occupe.

2° Je ne saurais accorder plus de créance aux prétendus rétrécissements « suites de plaques muqueuses et de plaques muqueuses phagédéniques. »

La plaque muqueuse, en effet, j'entends la véritable plaque muqueuse, telle que je me suis efforcé de vous la décrire dans nos précédentes réunions, est une lésion essentiellement superficielle et bénigne, qui ne produit jamais de cicatrices rétractiles, qui même ne produit de cicatrices d'aucun genre, au moins dans l'énorme majorité des cas. De simples macules, éphémères ou promptes à s'effacer spontanément, voilà tout ce qui succède à la plaque muqueuse, voilà ce à quoi nous la voyons journellement aboutir sur la vulve, sur la verge, sur la bouche, sur la peau. Il serait bien extraordinaire qu'il en résultât d'autres dommages au rectum, plus extraordinaire encore que ces dommages fussent de nature à déterminer une lésion aussi importante qu'un rétrécissement.

Quant à ces plaques muqueuses qu'on a qualifiées de l'épithète de phagédéniques, j'avoue que je n'ai jamais observé pour ma part de lésions de ce genre. Jamais, au grand jamais, je n'ai vu la plaque muqueuse se compliquer de phagédénisme. Sauf erreur de nomenclature, donc, la plaque muqueuse phagédénique me paraît être une création imaginaire.

3° Ces exclusions faites, reste comme seule origine possible du rétrécissement cicatriciel la série des lésions véritablement ulcéreuses de la syphilis, à savoir, les *syphilides ulcéreuses*.

Celles-ci, entamant réellement les tissus, déterminant de véritables pertes de substance, peuvent rationnellement créer dans le rectum des cicatrices, des brides, susceptibles d'aboutir à un rétrécissement. Cliniquement, ce sont elles qu'on trouve signalées (sous tel ou tel nom, peu importe) dans toutes les observations relatives à des rétrécissements cicatriciels. Ce sont donc elles et elles seules qui servent d'origine à cette variété de coarctations rectales.

Comme corollaire de ce qui précède, plaçons immédiatement ici une remarque digne d'intérêt.

Les syphilides ulcéreuses du rectum ne s'observent guère que soit à la fin de la

période secondaire, soit dans les premières années de la période tertiaire ; du moins c'est à ce terme qu'elles se produisent plus habituellement. Ce sont donc, par rapport aux néoplasies rectales que nous avons décrites sous le nom de syphilôme tertiaire, des accidents d'une étape moins avancée de la diathèse.

De là suit, tout naturellement, que les rétrécissements cicatriciels, dérivant des syphilides rectales ulcéreuses, doivent être, relativement aux rétrécissements hyperplasiques, des manifestations plus précoces ou moins tardives que ces derniers. Eh bien, c'est en effet ce qui a lieu. Le véritable rétrécissement cicatriciel s'observe, en général, à une période moins reculée de la diathèse que le rétrécissement par syphilôme ; par rapport à celui-ci, il constitue dans la chronologie syphilitique un accident d'une étape antérieure.

Le rétrécissement syphilitique nous est actuellement connu quant à sa pathogénie ; nous savons comment et à propos de quelles lésions il se constitue. — Etudions-le maintenant à l'état confirmé, et voyons tour à tour ce en quoi il consiste anatomiquement et cliniquement.

I. Je serai bref sur l'anatomie pathologique, car une fois constitué, le rétrécissement syphilitique n'offre plus secondairement que la série des lésions communes aux rétrécissements de toute nature, aux rétrécissements dits « vulgaires » ou mieux non spécifiques.

Deux ordres de lésions se présentent à étudier ici : d'une part, le rétrécissement proprement dit, la stricture rectale ; — d'autre part, les lésions symptomatiques consécutives, lesquelles, comme d'usage, siègent presque toutes dans les parties situées en-deçà du rétrécissement, c'est-à-dire sont *supérieures* au rétrécissement, suivant la direction naturelle du courant intestinal.

Parlons tout d'abord du rétrécissement.

Siége. — Pour la question de siége, deux points essentiels à noter :

1° *Le rétrécissement syphilitique du rectum occupe surtout, occupe presque toujours, la région ampullaire.* Il peut siéger plus bas, dans la région sphinctérienne (cela est rare) ; mais, en tous cas, il ne siège jamais plus haut que la région ampullaire. Je n'ai jamais vu pour ma part, ni entendu citer par mes collègues un seul cas de rétrécissement syphilitique situé au-dessus de la région ampullaire.

2° Dans la région ampullaire, il réside presque invariablement soit au niveau même du point où la portion ampullaire se continue avec la portion sphinctérienne, soit légèrement au-dessus de ce point, 1 ou 2 centimètres plus haut tout au plus.

Si bien, conséquence très-remarquable, très-importante en clinique, si bien, dis-je, que le cas de beaucoup le plus fréquent est celui où le doigt commence à rencontrer le rétrécissement, dans le toucher rectal, à 3, 4, 5 centimètres de l'anus.

Donc, le rétrécissement syphilitique du rectum est *toujours facilement accessible au toucher.* Et je ne connais pas d'exemple où un rétrécissement de cette nature ait été situé sur un point assez élevé de l'intestin pour échapper à l'exploration du doigt.

Cela seul, Messieurs, mérite déjà toute votre attention. Le rétrécissement syphilitique est un *rétrécissement inférieur* du rectum voilà ce qui est essentiel à noter. Par ce caractère, il diffère d'autres rétrécissements qui peuvent ou bien être situés

presque indifféremment à toute hauteur du rectum (exemple, le rétrécissement cancéreux), ou bien occuper de préférence les parties supérieures de cet intestin (exemple, le rétrécissement disentérique).

Comme autre particularité relative à cette question de siége, n'oublions pas de signaler qu'en certains cas la région sphinctérienne peut être occupée par le rétrécissement, soit d'une façon exclusive, soit conjointement avec la région ampullaire. Cela toutefois est relativement rare. Et le cas de beaucoup le plus commun, le cas habituel, est, je vous le répète, celui où le rétrécissement se limite à la région ampullaire.

Forme. — Au point de vue de la forme, les rétrécissements syphilitiques du rectum peuvent, comme les rétrécissements non spécifiques, être distingués en trois ordres, à savoir : 1° rétrécissement *valvulaire* ; — 2° rétrécissement *annulaire* ; — 3° rétrécissement *cylindrique*.

Ces dénominations sont assez expressives par elles-mêmes pour ne pas exiger de longs commentaires. Ainsi :

1° Les rétrécissements valvulaires sont constitués par une simple bride en forme d'éperon, de croissant, de valvule, qui fait saillie à l'intérieur de l'intestin, mais en n'occupant qu'une partie, qu'un segment de la circonférence du rectum. — C'est la forme la plus rare. — C'est la seule aussi qui soit susceptible de présenter dans l'intestin des brides multiples, étagées.

2° Les rétrécissements annulaires consistent en un bourrelet qui, sous forme d'anneau ou de virole, proémine dans l'intestin et en rétrécit le calibre sur toute l'étendue de sa circonférence. Ils figurent assez bien (cette comparaison vous en donnera une juste idée) ce que serait l'intestin resserré par une ligature circulaire.

3° Les rétrécissements cylindriques enfin sont constitués par une diminution de calibre portant circulairement sur une certaine hauteur de l'intestin, sur plusieurs centimètres en moyenne.

Étendue. — Il suit de là, tout naturellement, que ces diverses espèces de rétrécissements affectent une étendue différente. Les rétrécissements valvulaires ou annulaires n'ont qu'une hauteur minime (un demi-centimètre à un centimètre en moyenne, rarement davantage). Les rétrécissements en cylindre mesurent une étendue bien supérieure, qui varie entre 3 et 8 centimètres. Leur longueur la plus habituelle est de 3 ou 4 centimètres environ.

Ajoutons immédiatement cette remarque : la forme et l'étendue d'un rétrécissement rectal syphilitique sont généralement (je ne dis pas toujours) en relation avec la cause anatomique qui lui a donné naissance. C'est ainsi que, dans un certain nombre de cas où l'on a cru pouvoir préciser quelle avait été l'origine de telle ou telle espèce de rétrécissements, on a vu ceci :

1° La variété valvulaire ou annulaire, c'est-à-dire la variété des rétrécissements peu étendus, dériver d'ulcérations rectales (*rétrécissements cicatriciels*) ;

2° Inversement, la variété cylindrique, c'est-à-dire la variété des rétrécissements étendus, dériver d'hyperplasies rectales, de syphilômes ano-rectaux (*rétrécissements hyperplasiques*).

Rationnellement, ce résultat pouvait être prévu. Il se trouve confirmé par la clinique.

Calibre. — La coarctation subie par l'intestin présente des degrés variables.

Premier degré : le rétrécissement, bien que nettement et fortement accusé, peut encore être franchi sans peine par le doigt indicateur.

Deuxième degré : le doigt est arrêté par le rétrécissement ; il est serré et n'y pénètre qu'*à frottement* ; il ne le franchit qu'en surmontant une certaine résistance.

Troisième degré : le doigt indicateur ne peut plus franchir le rétrécissement ; le petit doigt seul y est admis et déjà même il y est serré.

Quatrième degré : la lumière du rétrécissement descend au terme extrême qui soit compatible avec la vie (un demi centimètre de diamètre environ) ; une sonde de trousse peut seule y pénétrer.

Je ne sache pas qu'on ait jamais observé, dans le cas de rétrécissement syphilitique, d'obstruction plus complète, ni surtout d'oblitération telle qu'on ait dû songer à établir un anus artificiel.

Structure. — Le simple toucher digital permet déjà de préjuger la nature intime du rétrécissement. Ce que perçoit le doigt porté dans le rectum, c'est un épaississement singulièrement dur et calleux. Cette seule sensation avertit que les tissus altérés de la sorte doivent avoir subi la transformation fibreuse. C'est bien là en effet ce que confirme l'examen nécroscopique. A l'autopsie, on trouve le rétrécissement constitué par une dégénérescence fibreuse des tuniques intestinales. Que ce rétrécissement, d'ailleurs, affecte la forme d'une valvule, d'un anneau ou d'un cylindre, peu importe; toujours il consiste en une masse indurée, calleuse, d'aspect *fibreux*, au niveau de laquelle le calibre de l'intestin est plus ou moins diminué. Cette masse, ce bloc calleux présente une épaisseur variable, ne dépassant pas quelquefois 4 à 5 millimètres, atteignant en d'autres cas jusqu'à 1 centimètre de diamètre et même davantage, L'épaisseur de ces tissus indurés n'est pas toujours égale sur tout le pourtour de l'intestin ; elle est parfois un peu considérable sur un segment de la circonférence rectale, ce qui rejette alors la lumière du rétrécissement vers le côté opposé.

A la surface du rétrécissement proprement dit, presque jamais on ne trouve traces d'ulcérations. Notez bien ce point, Messieurs, car il confirme ce que nous avons dit précédemment sur la rareté relative du rétrécissement cicatriciel. Les observations sont formelles à cet égard. Lisez les relations déjà nombreuses que possède la science, vous n'y trouverez mention qu'assez exceptionnellement de cicatrices, de perte de substance, au niveau même de la portion rétrécie.

Vient-on à inciser cette masse indurée pour en disséquer les éléments constitutifs et chercher à reconnaître sur quelles membranes a porté spécialement la lésion, on constate ceci tout d'abord : c'est que tous les éléments normaux des tuniques rectales *forment un seul bloc* et sont confondus les uns avec les autres, confondus à ce point qu'il est impossible de les dissocier, même par la dissection la plus patiente et la plus attentive. Ils sont littéralement soudés par une sorte de gangue interstitielle, qui semble les avoir fusionnés. La muqueuse, par exemple, existe bien, comme le démontre l'examen de la surface libre de l'intestin ; mais cette muqueuse extrêmement épaissie, adhérente par sa face profonde, est absolument inséparable des tissus sous-jacents. Même à la coupe, on ne saurait la délimiter, car, infiltrée

de produits néoplasiques, elle a subi une véritable transformation fibreuse qui la confond avec les autres tuniques intestinales altérées de la même façon.

Enfin, examinée au microscope, cette masse morbide représentant les tuniques intestinales altérées, dégénérées, est constituée en majeure partie par du tissu fibreux de la matière amorphe et des noyaux embryoplastiques.

Notons encore, pour ne rien oublier, qu'en certains cas on a constaté un degré variable d'hypertrophie de la tunique musculaire. Cette particularité semble avoir été observée de préférence dans les rétrécissements de forme valvulaire.

Mais passons ici sur les détails d'importance secondaire, pour insister sur les points vraiment essentiels qui ressortent de cet examen nécroscopique. Deux surtout doivent être signalés à votre attention.

Le premier et le plus important est celui-ci. Transformation fibreuse des parois intestinales, voilà ce à quoi aboutissent en définitive les rétrécissements syphilitiques du rectum, quelle qu'en soit l'espèce, quelle qu'en soit la nature anatomique primordiale. C'est bien là ce qu'enseignent toutes les autopsies. Donc, les lésions syphilitiques du rectum se résument à leur dernière période en une *sclérose rectale*, sclérose dont le rétrécissement proprement dit n'est qu'une conséquence physique, un incident local. Remarquez bien cela, Messieurs, car cet aboutissant ultime, la sclérose, nous l'avons déjà rencontré et nous le rencontrerons encore dans nombre d'autres affections syphilitiques viscérales. Plusieurs fois déjà nous avons vu, comme nous verrons ailleurs, la syphilis se terminer de la sorte par des scléroses d'organes, scléroses définitives et irrémédiables. En cela, conséquemment, les lésions syphilitiques du rectum se ropprochent de plusieurs autres lésions de même nature, mais d'autre siége.

En second lieu, notez, Messieurs, cet autre enseignement qui nous est fourni par les investigations nécroscopiques. Que nous apprennent les autopsies au sujet des lésions de la muqueuse, au sujet notamment de ces cicatrices auxquelles on rapportait trop facilement jusqu'à nos jours l'origine des coarctations rectales ? Elles nous apprennent : que ces lésions sont infiniment plus rares qu'on ne le croyait ; — que ces cicatrices sont exceptionnelles ; — que la surface de la muqueuse est intacte le plus souvent ; — que cette muqueuse n'est pas, au moins en général, le siège originel des altérations d'où dérive le rétrécissement ; — et que tout au contraire les coarctations syphilitiques du rectum dérivent le plus habituellement d'une hyperplasie sous-muqueuse des tuniques intestinales. Sans doute la muqueuse ne reste pas étrangère à cette hyperplasie générale ; elle y participe comme les autres tuniques du rectum. Mais, en tous cas, elle n'en est pas le point de départ ; elle n'en est pas, sauf exceptions, l'incitant originel, en vertu de lésions développées à sa surface.

En d'autres termes et plus brièvement, les autopsies témoignent que les rétrécissements cicatriciels sont beaucoup plus rares qu'on ne l'admettait autrefois d'une façon théorique, beaucoup plus rares que les rétrécissements par hyperplasie, par condensation et transformation fibreuse des parois rectales. Résultat absolument conforme à ce que nous avions énoncé précédemment, en traçant l'histoire du syphilôme ano-rectal.

Voilà pour le rétrécissement proprement dit. Venons maintenant aux lésions symptomatiques de ce rétrécissement, lésions nécessairement consécutives.

C'est, Messieurs, une loi générale d'anatomie pathologique que les portions

d'un canal situées en deçà d'un rétrécissement soient toujours altérées et malades. Chaque fois, vous le savez, que sur le parcours d'un organe canaliculaire il se produit un obstacle, une stricture, les parois de cet organe se modifient au-devant du point rétréci, se dilatent, s'enflamment s'ulcèrent, etc. Eh bien, le rectum affecté de la sorte par la syphilis n'échappe pas à cette loi.

En deçà du rétrécissement syphilitique, dans les portions qui lui sont supérieures des lésions se produisent consécutivement, sous la seule influence de l'obstacle au cours des matières. Ces lésions, je vais vous en parler ; mais, comme elles n'ont plus rien de spécifique, comme la syphilis n'a rien à voir avec elles, puisqu'elles dépendent simplement d'un fait mécanique, je ne ferai que de vous les signaler sommairement sans vous les décrire.

Elles se résument en ceci :

1° *Dilatation des parties supérieures au rétrécissement*, dilatation tout naturellement expliquée par la rétention et le séjour des matières au-dessus de l'obstacle. Elle est surtout remarquable immédiatement au-dessus de la coarctation; quelquefois elle se prolonge, en s'atténuant, bien entendu, sur une certaine hauteur de l'S iliaque et du côlon.

2° *Hyperplasie de la tunique musculaire.*— Autre conséquence toute physiologique de l'obstacle apporté au cours des matières. Tout muscle s'hypertrophie en raison de l'excès de travail qu'il fournit; c'est là encore une loi commune d'anatomie pathologique. Eh bien, la tunique musculaire de l'intestin, devant accomplir un excès de travail pour évacuer les matières à travers la filière du rétrécissement, est naturellement conduite à s'hypertrophier. C'est en effet ce qui a lieu.

3° *Ulcération presque constante de la muqueuse située au-dessus du rétrécissement.*— Si l'on a pu trouver en quelques cas cette muqueuse simplement phlegmasiée, rouge, ou érodée superficiellement, ce n'est là que l'exception, la rare exception. Presque invariablement, surtout si le rétrécissement est un peu ancien, la muqueuse est *ulcérée* au-dessus de l'obstacle ; — ulcérée profondément, avec des bords à pic nettement entaillés; — ulcérée même dans une étendue assez considérable, en général, sur une hauteur de plusieurs centimètres, de 8 à 10 centimètres dans la plupart des cas. Fort bien étudiée par M. Gosselin, cette ulcération de la muqueuse se fait généralement en nappe, rarement par îlots. Supérieurement, d'après le même auteur, « elle se termine d'une façon brusque par un rebord festonné, au-dessus duquel la muqueuse reprend tout à coup son aspect naturel.»

Il est des cas où l'altération des parties supérieures au rétrécissement est encore bien plus marquée. On a vu la muqueuse être absolument détruite par un ramollissement gangréneux et se détacher par lambeaux noirs, escharifiées, en laissant à découvert la tunique musculeuse. Cette dernière peut aussi être affecté, entamée et comme disséquée par l'ulcération. Enfin des perforations de l'intestin ne sont que trop souvent la conséquence de ces graves désordres.

Inutile de dire que cette ulcération supérieure au rétrécissement fournit du pus en plus ou moins grande abondance. C'est d'elle que partent ces écoulements purulents qui constituent un des symptômes les plus rebelles de l'affection et qui, par leur persistance autant que par leur intensité, contribuent puissamment à affaiblir, à épuiser les malades.

Notons bien d'ailleurs que cette ulcération *n'a rien de spécifique*. Ce n'est rien moins qu'un ulcère syphilitique, rien moins qu'une syphilide ulcéreuse de l'in-

testin, comme on pourrait le croire. C'est purement et simplement une ulcération de cause mécanique, résultant du contact prolongé des matières avec la muqueuse et de l'inflammation chronique de cette muqueuse. C'est une ulcération analogue à celle qu'on rencontre derrière les rétrécissements uréthraux. La preuve de cela, nous l'avons dans ce fait, que des ulcérations de même genre se retrouvent dans les rétrécissements rectaux non spécifiques.

Enfin, pour compléter cette étude anatomique, signalons encore, mais sous forme de simple mention (car ces détails n'ont plus rien qui nous intéresse directement), soit l'état de la muqueuse située au-dessous du rétrécissement, muqueuse souvent rouge, injectée, enflammée en un mot, par le passage et la stagnation du pus ou par d'autres causes accidentelles ; soit les complications diverses qui peuvent résulter du fait même de la coarctation, telles que : rectite périphérique ; — abcès péri-rectaux ; fusées et décollements, qui sont parfois la conséquence de ces abcès ; — et surtout *fistule*, qui, partant de l'intestin à diverses hauteurs viennent aboutir vers l'anus, au périnée, ou même plus rarement dans le vagin. Ces fistules péri-anales sont quelquefois multiples. On en a compté jusqu'à cinq sur un malade ; de telle sorte qu'un lavement administré à ce malade refluait *en arrosoir* sur le périnée par les divers orifices fistuleux.

Venons actuellement à l'étude clinique de la lésion.

Tout d'abord, dans quelles conditions se présente le rétrécissement syphilitique du rectum ; sur quels sujets l'observe-t-on plus particulièrement ?

Trois points sont à noter ici.

1° Le rétrécissement syphilitique se rencontre le plus souvent sur des sujets *adultes*, dans la *période moyenne* de la vie. Je ne sache pas d'abord qu'on ait jamais cité de rétrécissement rectal chez l'enfant comme conséquence de la syphilis. Quant à moi, je n'en ai jamais vu d'exemple. D'autre part, si vous compulsez à ce propos, comme je viens de le faire, une certaine série d'observations, vous trouverez que la grande majorité en est relative à des sujets âgés de 35 à 40 ans. Plus rares sont les cas avant ou après cette période de la vie.

2° Seconde particularité bien plus remarquable ; le rétrécissement syphilitique est *infiniment plus fréquent chez la femme* que chez l'homme. De cela témoignent toutes les statistiques publiées jusqu'à ce jour, statistiques auxquelles je pourrais joindre la mienne comme confirmative, si cela n'était superflu.

Il ne suffit pas de dire que le rétrécissement syphilitique est plus commun dans le sexe féminin que dans le nôtre. Il faut ajouter que la supériorité de fréquence avec laquelle il affecte la femme, comparativement à l'homme, est vraiment surprenante. Dans une statistique toute récente, M. Godbert est arrivé à ce résultat : sur 45 cas, 40 relatifs à la femme, contre 5 observés chez l'homme ! Proportion : 8 contre 1. Ces chiffres diffèrent peu de ceux que je pourrais citer comme m'étant personnels.

Quelle interprétation donner à ce fait ? On a voulu l'expliquer en disant qu'il existe chez la femme toute une série de causes adjuvantes propres à appeler les déterminations syphilitiques vers le rectum. Et l'on a cité comme telles : la constipation, qui entretient vers le rectum une congestion permanente ; — la menstruation, qui agit plus énergiquement encore comme molimen congestif des organes pelviens : — la grossesse et l'accouchement, qui exercent par compression une

stase sanguine vers le rectum. C'est ainsi que, sur 20 femmes atteintes de rétrécissement rectal, Curling en a trouvé 9 qui faisaient remonter l'origine de leur maladie à un accouchement laborieux; c'est ainsi qu'en plusieurs cas on a vu les premiers accidents de l'affection se produire dans le cours ou à la suite d'une grossesse, etc. Cette interprétation a donc, je crois, quelque vraisemblance; mais il s'en faut qu'elle puisse s'appliquer à tous les cas. Passons du reste sur le pourquoi de la chose, et ne retenons que le fait, explicable ou non. Ce fait, il est formel, et la remarquable inégalité de fréquence d'un sexe à l'autre n'est pas, certes, un des traits les moins curieux de la lésion qui nous occupe en ce moment.

3° A quel âge de la syphilis se produit le rétrécissement rectal? Il est assez commun à une période plus ou moins reculée, c'est-à-dire après dix, quinze, vingt ans d'infection. Mais, chose remarquable, il est, ou il parait être plus fréquent encore à un terme moins éloigné de la période tertiaire, c'est-à-dire entre cinq et dix ans de syphilis. Il y a plus même. En quelques cas, on l'a vu se manifester plus tôt encore et coïncider avec des lésions secondaires. De cela, j'ai observé plusieurs exemples, entr'autres tout récemment sur une malade que mon excellent maître et ami, M. le professeur Verneuil, m'a montrée dans son service, et sur laquelle a été recueilli le moulage que je vous présente en ce moment. Cette femme, affectée d'un rétrécissement rectal de la plus mauvaise forme, portait encore sur plusieurs points de la peau, à l'époque où je la vis, des groupes cerclés de syphilide papulo-squameuse (psoriasis lenticulaire), accidents d'ordre manifestement secondaire.

Donc, le rétrécissement rectal peut figurer parfois, dans la chronologie de la syphilis, au titre d'un accident tertiaire *précoce*. Il diffère en cela d'autres accidents qui ont pour caractère presque invariable de ne se produire qu'à échéance bien autrement tardive.

Cela dit, abordons la symptomatologie de la lésion.

A n'envisager que les cas les plus fréquents, cette symptomatologie commence par une période qu'on ne saurait qualifier autrement que du nom de *latente*. Pendant un certain temps toujours assez long, le rétrécissement se prépare et se constitue d'une façon sourde, inconsciente. Rien n'est remarqué par le malade. Puis, lentement et progressivement, s'annoncent certains phénomènes qui ne manquent guère de passer inaperçus tout d'abord. Ces phénomènes consistent en ceci: *rareté* et *difficulté des selles*. Au lieu d'être quotidiennes, je suppose, les garde-robes n'ont plus lieu que tous les deux, trois, quatre, ou cinq jours. De plus, elles ne s'accomplissent qu'avec effort, je ne dis pas avec douleur; elles sont lentes, laborieuses. Et c'est tout. Aucun autre trouble ne traduit la lésion à son début. Si bien qu'à cette époque les malades se croient constipés et rien que constipés; si bien qu'avec ces seuls symptômes l'affection est merveilleusement faite pour donner le change. Comment croire, en effet, que des troubles si bénins, si insignifiants, et ajoutons si communs chez la femme, même à un degré supérieur, constituent le prélude d'une affection des plus graves?

Il est vrai qu'à ces phénomènes s'en joint parfois un autre, qui même leur est antérieur chronologiquement, à savoir: la suppuration rectale, l'excrétion de pus par les selles, avec ou sans mélange de sang. La présence de ce pus dans les garde-robes atteste une ulcération rectale. C'est là assurément un signe propre à

donner l'éveil sur le mal qui se prépare ; mais ce signe est souvent méconnu par les malades. N'oublions pas, d'ailleurs, qu'il se produit uniquement dans les cas de rétrécissement consécutifs à une ulcération rectale, et que cet ordre de rétrécissements est de beaucoup le moins fréquent.

Voilà pour les phénomènes de début. Arrivons aux symptômes d'une époque ultérieure.

A mesure que la lésion progresse, d'une part les troubles précités persistent, et d'autre part ces troubles persistent en s'accroissant d'intensité. Mais leur accroissement ne se fait jamais que d'une façon lente, extrêmement lente. C'est à peine si, de mois en mois, on constate une modification appréciable, d'autant moins appréciable même que dans la plupart des cas les malades pallient artificiellement les troubles qu'ils éprouvent par l'usage de lavements ou de purgatifs qui assurent l'excrétion des selles. De la sorte, ils se dissimulent à eux-mêmes, comme ils dissimulent au médecin les progrès du mal.

Peu à peu cependant les symptômes s'accentuent, devenant de plus en plus sérieux ; bref, le rétrécissement se confirme. Eh bien supposons-le arrivé à cette période, et voyons quels symptômes le caractérisent alors.

Un rétrécissement est un fait physique. Qu'il résulte de telle ou telle cause, peu importe au point de vue des conséquences. Le fait reste toujours le même, quelle qu'en ait été l'origine, et les résultats en sont toujours identiques. Donc, le rétrécissement syphilitique ne saurait avoir, en tant que stricture intestinale, une symptomatologie différente de celle par laquelle s'accusent les strictures intestinales de tout genre. Cela va de soi, et cela me permettra d'abréger singulièrement l'exposé qui va suivre, en vous renvoyant pour les détails accessoires aux descriptions classiques des rétrécissements rectaux vulgaires, c'est-à-dire non spécifiques.

Les symptômes du rétrécissement confirmé peuvent être rangés sous les cinq chefs suivants : constipation ; — difficulté des selles ; — modification de calibre des matières excrétées ; — suppuration rectale ; — accidents de rétention stercorale.

Quelques développements indispensables sur ces divers symptômes.

1° *Constipation.* — Phénomène initial, la constipation se prolonge pendant toute la durée de la maladie, dont elle constitue le symptôme prédominant. Rien que de très-naturel, rien que de prévu à cela, la constipation étant la conséquence physique, nécessaire, de la lésion.

Cette constipation est à la fois remarquable ici par son *intensité* et par sa *persistance.*

Dans les premiers temps, elle est soulagée par les lavements et les purgatifs, dont les malades font toujours un fréquent usage, dont ils font même souvent un abus excessif. Le bien-être qu'ils éprouvent de la décharge artificielle de l'intestin les conduit à la solliciter le plus souvent possible. Certains d'entre eux ne passent pas un jour sans prendre un ou plusieurs lavements, pas une semaine sans recourir à un ou plusieurs purgatifs. J'ai soigné une femme qui, pendant trois années, n'avait cessé de s'administrer plusieurs lavements par jour, quelquefois jusqu'à *dix*, et de se purger deux ou trois fois par semaine avec l'huile de ricin.

Mais, si, dans la première période de la maladie, ces remèdes soulagent efficace-

ment, vient une époque où ils perdent une grande partie de leur action, où ils ne font plus rien. Les lavements alors, même répétés, même additionnés de substances propres à exciter l'intestin, ne provoquent pas de selles, ou n'amènent que quelques résidus insignifiants. Il y a plus : parfois ils ne pénètrent pas et sont rendus à mesure qu'ils sont poussés dans l'intestin. A cette même phase de la maladie, et surtout plus tardivement, les purgatifs de tout genre n'ont guère plus d'effets évacuants ; ils gonflent le ventre et produisent des coliques, sans provoquer de garde-robes.

Donc, les selles deviennent de plus en plus rares. Progressivement, les malades en arrivent à ne plus obtenir d'évacuation que tous les cinq, six, huit, dix jours, et cela en dépit de sollicitations multiples. Quelques-uns en sont réduits à n'avoir plus qu'une seule garde-robe par quinzaine. Vous trouverez même cités quelques exemples d'absence de toute garde-robe pendant un mois, pendant six semaines. Inutile de dire que ces derniers faits sont absolument exceptionnels.

2° *Difficulté des selles.* — Symptôme différent de celui qui précède. La constipation, en effet, n'implique que la rareté des selles ; ici, c'est le caractère laborieux et douloureux des garde-robes qui se trouve en cause.

Les selles ne sont pas seulement rares. Elles ne sont obtenues, de plus, qu'au prix de véritables *efforts* et de *souffrances* plus ou moins vives. L'expulsion des matières devient, je le répète, un acte laborieux et douloureux tout à la fois, même avec le secours des lavements et des purgatifs. Elle ne se fait qu'au prix d'un véritable déploiement de forces musculaires, auquel prennent part toutes les puissances qui concourent à l'effort. Aussi les malades ne sortent-ils du cabinet qu'avec la face injectée, vultueuse, toute congestionnée, comme après un violent exercice. Aussi a-t-on vu plusieurs fois succéder à ces tentatives d'expulsion si pénibles des spasme nerveux, des tremblements passagers, des syncopes, ou même des hernies.

Quelquefois encore, impuissants à expulser par les moyens habituels la moindre parcelle de matières, les malades en arrivent à s'aider du doigt. D'autres s'ingénient dans le même but de procédés plus extraordinaires encore. Tel était le cas d'une malade citée par M. Godebert dans son excellente thèse sur les rétrécissements syphilitiques du rectum. Réduite à ne plus avoir qu'une selle tous les mois ou toutes les six semaines, et cela au prix des plus douloureux efforts, cette femme avait imaginé ceci pour se soulager : lorsque la situation n'était plus tenable, lorsque le moment du supplice ne pouvait plus être différé, elle commençait par prendre un purgatif « pour se préparer » ; puis, quand elle se sentait le ventre ballonné, alors, haletante, cyanosée, elle enlevait ses vêtements, se mettait absolument nue, et, enfonçant un doigt le plus profondément possible dans le vagin, commençait à malaxer le bol fécal à travers la paroi du rectum, de façon à lui faire franchir parcelle par parcelle la filière du rétrécissement. Après de longues heures employées à ce travail, elle parvenait de la sorte, au prix de mille efforts, à expulser quantité de matières qui, d'abord extrêmement dures, arrivaient plus tard à sortir liquides. Elle était enfin soulagée.

Aussi a-t-on pu dire sans exagération qu'à une certaine période de la maladie l'expulsion des garde-robes devient un véritable *accouchement*. Telles sont les difficultés et les douleurs dont elle s'accompagne alors que, pour échapper à cette torture, certains malades contiennent leur appétit, et, dans la mesure du possible, *se privent de nourriture*. « Si je pouvais ne pas manger, me disait une femme

de mon service, je ne souffrirais pas ; aussi je m'efforce à manger le moins que je puis. »

3° *Modification dans la forme et le calibre des matières.* — Autre conséquence toute physique de la lésion. Les matières ne franchissent le détroit rectal qu'en passant littéralement *à la filière*. Tout naturellement donc, elles sortent étirées, effilées, rubanées, aplaties, allongées, ovillées, c'est-à-dire très-différentes comme forme et surtout comme calibre de ce qu'est le bol fécal physiologique.

Rien de plus singulier que l'aspect des matières rendues par certains malades dans de telles conditions. Vous trouverez dans maintes observations ces matières comparées à « de la corde, à du macaroni, à des paquets de sangsues, etc. » Une malade que nous avions dans nos salles en 1869 expulsait tous les dix ou quinze jours des garde-robes exactement analogues d'aspect à ce qu'aurait été un très-long cylindre de mastic noirâtre, cylindre du volume d'une grosse sonde uréthrale. J'imagine que, si l'on eût déroulé ce ruban fécal, il n'aurait pas mesuré moins de 2 à 3 mètres en longueur.

4° *Suppuration rectale.* — A un moment donné, l'excrétion du pus par l'anus s'ajoute aux symptômes précédents. Ce que rendent les malades tout d'abord consiste en une sorte de catarrhe muco-purulent. Les matières sont couvertes d'un voile albumineux, qui devient successivement catarrhal, jaunâtre, puis muco-purulent. Plus tard, c'est du pus, du pus véritable, qui est expulsé avec les selles. Minime dans les premiers temps, la quantité de cette excrétion purulente ne fait que s'accroître avec les progrès de la lésion.

Il n'est pas rare encore que dans l'intervalle des selles véritables, les malades expulsent soit ce qu'ils appellent « des paquets de glaires », c'est-à-dire des selles muqueuses ou muco-purulentes, soit même, à une période plus avancée, de véritables selles exclusivement purulentes, constituées par un pus verdâtre, diffluent, séreux, mal lié, sanieux.

D'où provient cette excrétion purulente? Les parties ulcérées du rectum, de cette ulcération que je vous ai décrite précédemment comme ayant l'habitude de se produire dans l'ampoule rectale située au-dessus du rétrécissement.

5° *Accidents de rétention stercorale.* — Ceux-ci encore sont de simples conséquences physiques de l'obstruction intestinale. Ils ne diffèrent pas dans la syphilis de ce qu'ils sont dans les rétrécissements de tout genre. Je ne ferai donc que les énumérer d'une façon toute sommaire. Ils consistent en ceci :

Sentiment assidu de plénitude rectale ; — ténesmes, épreintes, besoins réels et faux besoins d'expulsion fréquemment répétés, se renouvelant d'autant plus qu'ils sont moins satisfaits. Rien de pénible, vous le savez, comme ces sollicitations incessantes à une évacuation qui ne se produit pas. — De là, tension du ventre, ballonnement, borborygmes, coliques, etc., par accumulation progressive des matières dans l'intestin ; — quelquefois sensation facilement appréciable de grosses scybales dures, constituant de véritables tumeurs au niveau de l'S iliaque. — Habituellement aussi, comme dans toutes les rétentions stercorales, alternance de crises prolongées de constipation et de crises diarrhéiques. Pendant huit, dix, quinze jours, et même pendant trois ou quatre semaines, absence de toute selle, à part ces déjections glaireuses, catarrhales ou purulentes, dont je vous parlais à l'instant ;

puis, tout à coup, débâcle intense, et quelquefois débâcle formidable; expulsion d'une quantité considérable de matières, d'abord solides, sèches et dures, puis liquides ; et alors diarrhée, diarrhée véritable, se prolongeant plusieurs jours, préparée qu'elle était par les purgatifs que les malades ne manquent jamais d'appeler à leur secours, et entretenue par l'état d'irritation chronique du tube digestif, notamment des portions de l'intestin situées immédiatement au-dessus de la stricture.

De tels troubles, vous l'avez déjà pressenti, Messieurs, ne sauraient exister bien longtemps sans retentir d'une part sur les fonctions digestives, et d'autre part sur l'état général, sur la santé. C'est en effet ce qui a lieu, et alors commence à se dérouler une série d'autres accidents que voici :

Diminution de l'appétit : puis inappétence, dégénérant même plus tard en un véritable dégoût pour les aliments, sans parler encore de cette autre aversion morale que certains malades éprouvent pour les aliments, considérés par eux comme la cause de leurs souffrances. — Langue devenant grisâtre, saburrale, blanchâtre. — Digestions troublées, lentes, lourdes, difficiles. — Nausées fréquentes, habituelles, s'exagérant dans les crises prolongées de rétention stercorale. Souvent même, vomissements alimentaires ou séreux, mêlés de glaires et de matières bilieuses.

De là, secondairement, état de souffrance générale de l'organisme. Réaction particulièrement marquée tout d'abord sur le système nerveux. — Irritabilité insolite ; modification du caractère; morosité, tristesse; accès de découragement, de désespoir; quelquefois même idées de suicide. — Et surtout, singulier *état moral* des malades, signalé par Delpech: «Incapables de toute autre pensée, ils ne sont occupés que de leur état»; devenus indifférents à ce qui les entoure, à leurs travaux, à leurs plaisirs, à leurs goûts favoris, ils ne sont plus préoccupés que d'une idée unique, celle de débarrasser leur intestin; ils vivent absorbés dans cette idée, dans ce désir, dans cette aspiration, ne pensant qu'à cela d'un bout de la journée à l'autre, «n'ayant plus que cela en tête», comme me l'écrivait un de ces pauvres patients. A la longue , cette situation d'esprit les énerve, les irrite, et ils arrivent à se prendre en dégoût, comme ils croient dégoûter les autres.

Comme conséquence bien naturelle de ces troubles divers, la santé s'altère, et ce que l'on observe alors est ceci : langueur générale de tout l'être, de toutes les fonctions ; affaiblissement ; — amaigrissement ; — anémie s'accusant par l'ensemble de ses caractères habituels, notamment par l'altération du teint et la décoloration des téguments ; — expression souffreteuse, maladive du visage ; — bref, détérioration progressive et continue de l'économie.

Dans cet état, la résistance amoindrie de l'organisme peut ouvrir carrière soit aux causes morbifiques incidentes, soit aux prédispositions pathologiques en puissance. Il n'est pas rare de la sorte que les malades arrivés à ce degré d'affaiblissement contractent quelque affection intercurrente (érysipèle, pneumonie, grippe, choléra, etc.), qui les enlève facilement et rapidement. Il n'est pas rare non plus que, prédisposés héréditairement ou personnellement à la tuberculose, ils deviennent phthisiques et succombent par le poumon. Quelquefois, même, sans y être prédisposés, ils aboutissent à la phthisie par le seul fait des troubles nutritifs et de la détérioration organique qui dérive à la fois et d'un état de souffrance continue et d'une suppuration permanente des parois rectales.

Alors que la tuberculose ou les affections incidentes n'entrent pas en scène, l'existence se prolonge davantage, mais elle n'est plus qu'un long supplice. Parfois, le dénouement est précipité par quelque complication locale (telle que péritonite de voisinage, perforation, phlegmon diffus, fusées de suppuration péri-rectale, etc.), ou par les accidents divers qui peuvent dériver et qui même dérivent fréquemment de l'intervention chirurgicale. Au cas contraire, en l'absence d'incidents surajoutés, la vie se termine lentement par un état pitoyable d'épuisement progressif : inappétence absolue, — intolérance gastrique pour tout aliment ; — diarrhée collicative, et flots de pus rendus par l'anus ; — dénutrition effrayante, amaigrissement squelettique ; sueurs, fièvre hectique ; — finalement, marasme et mort.

Tels sont, Messieurs, les phénomènes qui caractérisent le rétrécissement confirmé, et qui, à moins d'être enrayés dans leur évolution naturelle par l'intervention de l'art, conduisent inévitablement le malade au tombeau.

Variétés. — Comme complément à la description qui précède, je pourrais actuellement ouvrir un long chapitre aux *variétés* que comporte la maladie. Il va sans dire, en effet, que les divers symptômes dont nous venons de parler ne se présentent que dans tous les cas sous une forme invariable et avec une intensité toujours égale. Très-évidemment ils doivent différer et ils diffèrent d'un sujet à un autre suivant des conditions multiples, telles que degré de la stricture, forme, étendue du rétrécissement, âge de la lésion, complications incidentes, hygiène et soins médicaux etc., etc. Mais ce ne sont là que des variétés du plus au moins, et le fond de la symptomatologie reste toujours le même ; ce ne sont là, dirai-je même, que des variétés banales, dont chacun se rend facilement compte et sur lesquelles, en conséquence, il serait superflu d'insister. Les signaler seulement suffira.

Une seule particularité mérite ici une mention spéciale. La voici.

Lorsque la région sphinctérienne est respectée par la lésion (ce qui est le cas le plus commun, vous le savez), il ne se produit pas à proprement parler d'*incontinence stercorale.* Tout au plus arrive-t-il, dans une période avancée, que les malades laissent échapper parfois, accidentellement, quelques fusées liquides composées soit de sérosité sanio-purulente, soit de matières stercorales délayées. Mais il n'en est plus de même alors que la région sphinctérienne est comprise dans la lésion, c'est-à-dire alors qu'il existe un syphilôme ano-rectal. Dans ces conditions, le sphincter, à moitié paralysé par l'exsudat néoplasique qui l'étreint et l'étouffe, ne contient plus qu'imparfaitement les matières intestinales. Si peu que ces matières deviennent liquides pour telle ou telle raison, elles s'échappent de temps à autre, sans que le malade ait la faculté de les retenir. Presque toujours, du reste, elles ne s'échappent qu'en petite quantité, soit par «filtration insensible». suivant l'expression de l'un de mes malades, soit plus souvent «par fusées». Tel était par exemple le cas de cette femme dont je vous ai déjà plusieurs fois parlé ; affectée d'un syphilôme ano-rectal qui, partant de la marge de l'anus, remontait à 8 centimètres environ dans le rectum, elle ne pouvait que très-incomplètement retenir ses matières, alors surtout qu'elles étaient liquéfiées par un purgatif ou par un lavement. De temps à autre, elle perdait subitement quelques cuillerées d'un liquide sanieux ou stercoral ; aussi était-elle astreinte à se tenir constamment garnie.

Évolution. — De ce qui précède il résulte que, envisagé au point de vue de

son évolution générale, le rétrécissement syphilitique du rectum parcourt trois périodes successives, de la façon suivante :

I. Première période, latente ou presque latente, pendant laquelle la stricture se constitue *insidieusement*, sans éveiller de douleurs, sans créer de troubles fonctionnels bien appréciables.

II. Seconde période, où le rétrécissement confirmé s'accuse d'abord et ne s'accuse que par des *troubles fonctionnels exclusivement locaux* (constipation, difficulté des selles, etc.); à cette période, l'état général n'est pas encore touché, la santé reste intacte.

III. Troisième et dernière période, où les troubles fonctionnels locaux retentissent sur l'ensemble de l'organisme, où la santé s'altère et se détériore, où il s'établit en un mot un *état général* symptomatique de l'affection locale.

Durée. — Quelle durée affecte chacune de ces trois étapes, quelle durée totale aussi mesure l'évolution de la maladie ?

I. Pour la première période, impossible de rien préciser, comme vous le savez déjà. Quel temps, en effet, met le néoplasme à infiltrer les tuniques rectales, quel temps demande la transformation de ce néoplasme en tissu fibreux, et quel temps faut-il à ce tissu fibreux pour constituer la stricture par rétraction consécutive, tout cela, nous l'ignorons, ou du moins nous n'avons pas le moyen de l'apprécier exactement. Et pourquoi? Parce que le plus souvent, je vous le répète encore, le début de la lésion nous échappe, comme il échappe au malade tout le premier ; parce que nous n'arrivons jamais à observer la lésion qu'à une phase plus ou moins avancée de son évolution.

Ce que nous savons seulement d'une façon générale, c'est que la constitution du rétrécissement peut être assez rapide, puisqu'il n'est pas rare de rencontrer des strictures rectales déjà bien confirmées à une époque jeune encore de la diathèse, c'est-à-dire après six ans, cinq ans, quatre ans d'infection.

II. La durée de la seconde période est celle qui est contenue dans les limites les plus variables, et cela en raison des conditions multiples qui peuvent modifier à cette époque la marche naturelle de la maladie ; conditions d'ailleurs très-diverses, les unes simplement relatives à la forme du rétrécissement qui est plus ou moins complet, plus ou moins étroit, etc., les autres relevant des soins pris par les malades, de l'intervention palliative et souvent heureuse de l'art. — Tantôt, en effet, le rétrécissement non traité ou tardivement traité aboutit rapidement à intéresser et à compromettre l'état général. — Tantôt, au contraire, dans des conditions opposées, les troubles fonctionnels qui résultent de la lésion, palliés, amoindris, rendus tolérables, restent, pour un temps plus ou moins long, presque exclusivement locaux et compatibles avec un état général assez satisfaisant. — Il est même un certain nombre de cas dans lesquels on a lieu d'être surpris de la *conservation longtemps prolongée d'une santé moyenne* avec une infirmité aussi grave. C'est ainsi que vous pouvez voir actuellement dans nos salles une malade qui, bien qu'affligée depuis huit ans d'un rétrécissement rectal très-étendu, n'en est pas moins grosse et grasse, joufflue, rosée, très-bien portante en un mot. Cette femme a subi, pour son rétrécissement, trois opérations à quelques années d'intervalle, et n'a guère cessé de se traiter par la dilatation. Nul doute que chez elle l'absence d'accident, généraux ne soit due à l'intervention de l'art. De même, j'ai eu l'occasion de voir

en ville un malade qui, affecté d'une semblable lésion, « depuis douze à quinze ans » et s'étant toujours assidûment traité par une dilatation non interrompue, présentait un état de santé moyen et ne ressentait aucun trouble général de son rétrécissement.

III. En revanche, une fois que le rétrécissement a réagi sur l'organisme, les progrès des symptômes généraux sont toujours rapides, si l'art n'intervient pas. Dans l'espace de quelques mois la santé décline visiblement, et le malade marche à grands pas vers la terminaison que vous savez. — L'art intervient-il au contraire, alors les choses peuvent changer de face. Une opération heureuse, levant l'obstacle au cours des matières, est suivie d'un amendement immédiat des troubles généraux ; les fonctions se rétablissent et la santé se relève. Disons cependant qu'il est rare d'observer une reconstitution franche et complète de la santé. Le plus souvent les malades restent languissants, affaiblis, valédudinaires, souffreteux, et conservent un malaise local assidu, qui n'est pas sans réagir sur leur état général. Dans ces conditions, la vie, comme nous l'avons vu, peut se prolonger encore de longues années, mais seulement au prix d'une surveillance constante et de soins permanents. Le libre cours des matières n'est entretenu que par une dilatation persévérante, et trop souvent même, en dépit de l'hygiène et de la thérapeutique la mieux observée, la rétraction consécutive du tissu morbide reproduit la stricture, sous une forme et avec des accidents dont l'art n'a plus le moyen de triompher.

Pronostic. — Reserves faites pour certaines formes de strictures valvulaires, limitées, incomplètes, le pronostic du rétrécissement syphilitique est toujours des plus sérieux, des plus graves ; et cela pour plusieurs raisons que voici :

1° Parce que la lésion n'est presque jamais reconnue assez tôt pour qu'il y ait à compter sur une action efficace des moyens purement médicaux ;

2° Parce que, plus tard, à la période de dégénérescence fibreuse, le rétrécissement constitue une lésion *définitive*, irrémédiable, contre laquelle la médecine reste absolument impuissante, contre laquelle la chirurgie même ne possède que des palliatifs. On a beau faire, on a beau dilater, inciser d'une façon ou d'une autre le rétrécissement, le tissu morbide n'en reste pas moins là, avec ses qualités rétractiles si funestes, et la cure radicale n'est que trop évidemment au-dessus des ressources de l'art. Ces moyens chirurgicaux d'ailleurs ne sont pas sans dangers ; quelques-uns constituent des opérations très-sérieuses, où les risques à courir ne sont pas moins nombreux que redoutables.

3° Le rétrécissement est grave enfin parce qu'il comporte des dangers multiples et de plusieurs ordres : dangers de complications locales (phlegmons périphériques, abcès, décollements, fusées, phlébite, péritonite par propagation, par perforation, etc., etc.) ; — dangers de suppuration rectale intarissable, épuisant peu à peu les ressources de l'organisme ; — dangers de troubles nutritifs secondaires, aboutissant à détériorer l'économie, et créant un état cachectique à conséquences directes ou indirectes également menaçantes, etc.

Ce pronostic si grave ne s'applique pas, il est vrai, à tous les cas indifféremment non plus qu'à toutes les périodes, à toutes les conditions d'un rétrécissement de forme donnée. Ainsi les rétrécissements valvulaires ou même annulaires sont bien moins sérieux que ceux de forme cylindrique, constituant un long canal fibreux. De même les rétrécissements traités avant la période d'ulcération sont bien autrement accessibles aux secours de l'art que ceux où existe une large ampoule supérieure profondément ulcérée, etc.

Mais remarquons que le bilan des circonstances favorables se trouve singulièrement réduit dans l'espèce. Car, d'une part, les rétrécissements valvulaires ou annulaires sont bien inférieurs comme fréquence aux rétrécissements cylindriques ; et, d'autre part, il est rare qu'on n'ait pas à compter avec la complication de l'ampoule supérieure, laquelle, même le plus souvent, quoi qu'on puisse faire, ne manque guère de s'ulcérer. De sorte qu'en définitive, et tout compte fait, le pronostic comporte presque toujours en pratique, les très-graves périls que nous venons de spécifier.

Diagnostic. — Le diagnostic comprend ici trois points principaux :

1° Reconnaître l'existence du rétrécissement ;

2° Le rétrécissement reconnu, en déterminer les attributs, les qualités, les particularités cliniques ;

3° En déterminer la nature, c'est-à-dire, en ce qui nous concerne, spécifier si le rétrécissement est imputable ou non à la syphilis.

Premier point : *Reconnaître l'existence du rétrécissement.* — Cela, direz-vous peut-être, ne fait pas question ; car, puisque le rétrécissement syphilitique est toujours un rétrécissement *inférieur* et facilement accessible au doigt, il suffit d'introduire l'index dans le rectum pour sentir ce rétrécissement, pour le constater de la façon la plus nette. Donc, pas d'erreur possible sur ce premier point.

Sans doute, vous répondrai-je. Mais encore, pour sentir le rétrécissement, faut-il introduire le doigt dans le rectum, faut-il *toucher*. Or, on ne touche pas toujours ; on oublie, on néglige de toucher, et alors tout naturellement on méconnaît la lésion.

Reste à savoir pourquoi et comment, en pratique, on omet ou l'on peut omettre l'exploration rectale. Il est à cela plusieurs raisons.

Sans parler même de la répugnance des malades à un examen de ce genre, sans parler des refus qu'opposent parfois certaines femmes à une exploration qui les effraie et de l'utilité de laquelle elles ne se rendent pas compte, le médecin *n'est pas toujours suffisamment invité à pratiquer le toucher rectal* par les indications qui lui sont fournies ou les symptômes qu'il constate. Il peut être trompé par les renseignements qu'on lui donne ; il peut prendre le change sur les troubles fonctionnels qui lui sont accusés ; il peut mal interpréter la nature de ces troubles, etc. Bref, pour une raison ou pour une autre, il n'est pas conduit au soupçon d'un rétrécissement rectal, et partant il ne songe pas à explorer le rectum.

Les méprises de ce genre ne sont pas très-rares, Messieurs. Cela, sans doute, on ne le supposerait guère *a priori*, mais l'expérience l'atteste, et il importe que vous soyez prévenus de la possibilité de telles erreurs. Laissez-moi donc vous dire comment elles se commettent, et laissez-moi insister sur ce point plus qu'on n'a généralement coutume de le faire. C'est là, comme vous allez le voir, affaire de pratique par excellence.

Il est d'abord certains malades qui accusent mal ou qui accusent incomplètement ce qu'ils ressentent. Ils se plaignent simplement et d'une façon vague « de douleurs dans le ventre et les reins », de coliques, de ballonnement, de difficultés de digestion, de malaises généraux ou nerveux, etc., et c'est tout. Pour un motif ou pour un autre, par défaut d'observation, par inattention, quelquefois même par scrupules, par décence, par pudeur (cela concerne surtout les femmes), ils ne parlent pas du malaise rectal qu'ils éprouvent, non plus que des difficultés spéciales de la défécation. Conséquemment ils égarent le médecin qui les écoute, ou du moins ils ne lui fournissent pas d'indications suffisantes pour le diriger dans la voie du diagnostic.

— Des erreurs de ce genre sont surtout faciles à commettre au début de l'affection, alors que les symptômes sont encore *diffus* et que la *localisation* morbide peut échapper au malade. Je serais même tenté de les dire assez communes, car du récit de plusieurs de mes malades (femmes), il ressortait clairement que, dans les premiers temps de leur lésion, elles avaient été traitées comme atteintes d'affections tout-à-fait différentes, telles que dyspepsie, gastralgie, constipation, troubles hystériques ou nerveux, etc. L'une d'elles même avait été envoyée à Plombières ! Inutile de dire si elle en revint avec un rétrécissement d'autant mieux accentué.

Le plus habituellement, c'est par la *constipation* qu'on se laisse donner le change. Les malades se plaignant de selles rares et difficiles, on rapporte ces troubles à une constipation simple, idiopathique ou symptomatique de quelque cause banale, et l'on ne va pas plus loin, l'on ne songe pas à chercher ailleurs l'origine de phénomènes aussi vulgaires, aussi communs, chez la femme en particulier.

En d'autres cas, inversement, mais ceux-ci beaucoup plus rares, on est trompé par un symptôme précisément opposé. Les malades attirant naturellement l'attention du médecin sur ce qui les frappe davantage, accusent des « *selles liquides, diarrhéiques*, *muqueuses*, *glaireuses*, *catarrhales*, *sanguinolentes*, etc. » On a donc pu croire en pareille occurrence (et l'on a cru parfois, les faits sont là comme témoignages) à l'existence d'une diarrhée dysentériforme.

Mais ce sont là, vous le comprenez de reste, Messieurs, moins des erreurs diagnostiques que des *surprises* à éviter. Il suffit d'un avertissement pour se garer de telles fautes en pratique.

Il en est de même encore pour l'erreur tout aussi fréquente qui consiste à accepter pour « des hémorrhoïdes » des tumeurs constituées par le syphilôme anal. Un simple examen éclaire aussitôt sur la nature réelle de la lésion. Cet examen seulement, il faut que le médecin pense à le pratiquer, et il n'y pense pas toujours, se confiant trop facilement au dire et à l'appréciation personnelle des malades.

De là ce précepte, dont il n'y a pas à se départir et que malheureusement on oublie trop en pratique : dans tous les cas où des symptômes sont accusés vers l'anus ou le rectum, l'indication formelle est de *s'assurer directement*, *par la vue et même par le toucher au besoin*, *de l'état anatomique des parties*. — *A fortiori* ce précepte est-il applicable, si l'on a affaire à des sujets syphilitiques ou pouvant être suspectés de syphilis. Dans ce cas spécial, l'examen direct est indispensable, le toucher même est de rigueur.

C'est pour avoir négligé ce mode d'exploration qu'on a méconnu si souvent à ses débuts le syphilôme ano-rectal ; de cela vous connaissez, par ce qui précède, les conséquences déplorables.

Second point : *Le rétrécissement reconnu, en déterminer les caractères.*

Des questions multiples se présentent ici à résoudre : quel est d'abord le siége du rétrécissement, quelle région du rectum occupe-t-il ; — quelle en est la forme ; est-il simplement valvulaire, ou annulaire, ou cylindrique ; — quelle en est l'étendue en hauteur ; — quel en est le calibre ; — quelle épaisseur présentent les parties malades ; — quelle est la rénitence de ces parties ; — n'y a-t-il qu'une stricture ou en existe-t-il plusieurs ; — existe-t-il ou non quelque complication de voisinage? etc., etc..

C'est le toucher rectal qui permet de répondre à ces questions diverses ; c'est lui assurément qui, de l'aveu général, constitue la méthode d'exploration la plus simple et la plus sûre.

Au toucher par le rectum, il convient d'adjoindre dans tous les cas le toucher *par le vagin*. Ce double examen est indispensable pour bien apprécier l'état de la paroi recto-vaginale et mesurer l'épaisseur du rétrécissement.

C'est seulement dans les cas assez rares où le doigt ne peut pénétrer le rétrécissement de façon à en apprécier la hauteur et le calibre, qu'il est indiqué d'avoir recours à divers instruments, tels que sonde à boule, sonde à sac de baudruche (de Laugier), bougies à empreinte, instrument de M. Pajot, etc., etc. -- Mais tout cela, Messieurs, rentre dans le ressort de la chirurgie. Ne passons pas nos limites.

Il est cependant un point que chacun de nous doit connaître et sur lequel, en raison de l'intérêt pratique qu'il comporte, j'ai le devoir d'insister près de vous. Le voici : dans la recherche et l'analyse clinique du rétrécissement rectal, il importe toujours d'être sobre de manœuvre ; il faut ne pas employer de violence, ne pas insister, *ne pas forcer*, pour pénétrer quand même une stricture qui refuse de se laisser franchir ; il faut, en un mot, ne jamais explorer le rétrécissement qu'avec prudence, douceur, ménagements. Et pourquoi? C'est que d'abord un tel examen ne laisse pas d'être pénible pour le malade; c'est qu'il peut irriter le rectum, devenir cause de douleurs, déterminer telle ou telle complication, etc. C'est ensuite et surtout qu'on a vu plusieurs fois des accidents graves, des accidents même *mortels* (mortels, je répète à dessein), succéder à la simple exploration d'un rétrécissement par le doigt ou par une bougie. Tels sont par exemple, deux cas récemment publiés par MM. Lannelongue et Ledentu. Citer les noms de ces deux chirurgiens est assez dire si l'exploration rectale, dans les cas en question, a été pratiquée suivant les préceptes les plus rigoureux de l'art et avec toute la prudence toute l'habileté désirable. Eh bien, des accidents mortels ne succédèrent pas moins à cette exploration, et cela de la façon suivante :

Dans le premier cas, celui de M. Lannelongue, le simple toucher rectal est pratiqué sur une femme affectée d'un rétrécissement fibreux de nature syphilitique. Presque subitement se produit une phlegmasie péritonéale, bientôt suivie de mort. — A l'autopsie, on trouve une péritonite du petit bassin, et, comme explication de cette péritonite, une poche purulente péri-rectale, attenante à l'ampoule située au-dessus du rétrécissement, et perforée sur un point. Très-vraisemblablement cette poche avait été rompue par les manœuvres de l'exploration (*Gazette des Hôpitaux*, 1872).

Second cas. Une femme syphilitique, affectée d'un rétrécissement rectal, entre dans le service M. Ledentu. Le doigt ne pouvant pénétrer l'obstacle, une exploration est faite avec une bougie de gomme élastique. Dès le lendemain, la malade est prise d'une péritonite qui l'enlève rapidement. L'autopsie révèle une perforation intestinale, résultat probable de l'exploration (Pinguet, Thèse de Paris, 1873).

Jugez, Messieurs, s'il est essentiel de connaître de tels faits pour la pratique.

Troisième point : *Déterminer si le rétrécissement est ou n'est pas d'origine syphilitique.*

A vrai dire, cette dernière question n'a pas toujours l'importance qu'on serait tenté de lui accorder, et voici pourquoi.

Dans une période avancée, alors que le rétrécissement est devenu fibreux, il n'y a pas un intérêt majeur à savoir s'il a eu ou non la syphilis pour origine. A cette époque, en effet, le rétrécissement syphilitique n'est plus qu'un rétrécissement comme une fracture n'est qu'une fracture, quelle que soit la cause dont elle provienne. A cette époque, ce rétrécissement est moins une lésion syphilitique que la

conséquence, le résultat, l'aboutissant définitif d'une lésion syphilitique. Qu'il ait dérivé d'une cause spécifique, cela sans doute est curieux à enregistrer et peut avoir à d'autres égards un réel intérêt ; mais cela ne fournit plns d'indications particulières, car la thérapeutique spéciale n'a nulle action sur les productions fibreuses qui succèdent soit à des cicatrices d'ulcérations, soit au syphilôme dégénéré. On méconnaîtrait à cette époque la spécificité originelle de ce rétrécissement qu'il n'y aurait pas grand mal à cela en vérité, du moins en ce qui concerne le phénomène physique de la stricture.

Mais à une époque antérieure, tout au contraire, le diagnostic de la cause, le diagnostic de la spécificité est d'importance majeure. Car, dans une phase jeune encore de la lésion, on a le droit d'attendre quelque action du traitement antisyphilitique, on a le droit d'espérer que ce traitement pourra modifier ou tout au moins enrayer la marche des accidents. A preuve les quelques cas malheureusement bien péu nombreux que je vous ai cités au début de cette conférence, et sur lesquels j'aurai bientôt à revenir.

Or, sur quelles bases peut être établie la spécificité de la lésion? En quoi et comment un rétrécissement syphilitique du rectum peut-il être différencié d'un rétrécissement d'origine vulgaire? C'est là ce qu'il nous faut soigneusement rechercher.

Quatre ordres de considérations serviront à ce diagnostic. A savoir :

1° *Notion des antécédents.*— Souvent en remontant dans le passé, on obtiendra l'aveu ou l'on découvrira le témoignage d'une ancienne syphilis. Rien de semblable évidemment (réserves faites pour le chapitre des coïncidences), si le rétrécissement n'est pas d'origine syphilitique.

N'oublions pas néanmoins que, dans la très-grande majorité des cas, ce sont des femmes à qui l'on a affaire pour l'affection qui nous occupe. Or, vous savez que chez la femme les commémoratifs syphilitiques font bien plus souvent défaut que chez l'homme, et cela pour nombre de causes que je n'ai plus à vous dire.

2° *Signes actuels de syphilis.*— Considération très-significative assurément au point de vue diagnostique, mais dont on n'a que rarement l'occasion de tirer profit. Sur la plupart des malades, en effet, le rétrécissement existe *seul*, sans autre accident diathésique contemporain. Parfois cependant on l'a vu coexister avec telle ou telle manifestation spécifique, alors surtout qu'il s'était produit à une période peu avancée de la diathèse, c'est-à-dire à la période où la syphilis est volontiers prodigue de lésions. Exemple cette malade de M. Verneuil, dont je vous entretenais il y a quelques instants. Exemple aussi cette autre malade que je vous ai citée plusieurs fois comme affectée d'un syphilôme ano-rectal d'une étendue considérable; cette femme, à l'époque où je la vis, présentait plusieurs groupes de syphilides gommeuses sèches sur le front et les avant-bras.

3° *Caractères propres de la lésion.*— Le rétrécissement syphilitique ne possède, il est vrai, aucun attribut propre, qui suffise à le différencier *ipso facto* des rétrécissements d'autre nature. Cependant, il se présente avec certains caractères qui, sans être absolument distinctifs, ne laissent pas de lui imprimer une allure quelque peu particulière. Ainsi :

I. C'est d'abord, comme nous l'avons vu, un rétrécissement *inférieur* du rectum se localisant aux parties tout-à-fait inférieures de l'intestin, et occupant de préférence soit le point de réunion des régions sphinctérienne et ampullaire, soit les

portions les plus basses de cette dernière région. C'est donc toujours, dans tous les cas, un rétrécissement *accessible au doigt.* « Il n'est pas d'exemple, a pu dire avec juste raison M. le Dr Godebert, de rétrécissement syphilitique commençant à plus de 8 centimètres au-dessus de l'anus. »

Par ce caractère, comme je vous l'ai fait remarquer déjà, le rétrécissement syphilitique se différencie à la fois et du rétrécissement dysentérique et du rétrécissement cancéreux.

II. C'est, au moins pour un certain nombre de cas, un rétrécissement remarquable à la fois par son étendue et sa disposition régulière. Je m'explique. Assez souvent, il affecte l'intestin dans une hauteur de 4, 5, 6, voire 7 et 8 centimètres, et simultanément il l'affecte en le constituant dans toute cette étendue à l'état de *cylindre régulier,* en l'infiltrant uniformément sur toute sa circonférence. — Cela ne s'observe guère au même degré dans les rétrécissements d'autre nature.

III. C'est un rétrécissement généralement lisse, égal de surface, non bosselé, non marronné, modifiant peu ou ne modifiant pas la direction du rectum. Tout autre est, par exemple, le rétrécissement cancéreux, remarquable par ses bosselures, ses irrégularités de surface, ses inégalités d'épaisseur, comme aussi par les déviations, les inflexions qu'il imprime à l'intestin.

IV. Ce qui mieux encore peut servir à démontrer la spécificité de la lésion, c'est la coexistence de ces petites tumeurs anales ou péri-anales généralement connues sous le nom de « *condylomes* ». Ces condylomes, tels du moins que je vous les ai décrits en vous parlant du syphilôme anal, constituent dans l'espèce un signe presque absolument pathognomonique ; sauf possibilité bien improbable d'associations morbides *in situ ;* ils attestent d'une façon non équivoque la nature syphilitique des lésions rectales concomitantes. Mais c'est là un signe qui fait souvent défaut, le syphilôme anal ne s'ajoutant au syphilôme rectal que dans un certain nombre de cas assez restreints.

4° *Exclusion des autres causes possibles de rétrécissement.* — Les signes qui précedent constituent ce qu'on pourrait appeler le diagnostic direct de la spécificité. Ils doivent toujours, dans un examen complet, être confirmés, corroborés par un autre procédé d'investigation, à savoir par la recherche de l'exclusion de toutes les autres causes susceptibles de déterminer une coarctation rectale.

Or, ces causes (à parler seulement ici de celles qui ont leur origine dans les parois mêmes du rectum) sont vraiment peu nombreuses. Quand on a cité les traumatismes, la rectite dysentérique et le cancer, on a tout dit. Si bien qu'après exclusion de ces trois ordres de causes et par le fait même de leur élimination, la syphilis reste la seule origine possible ou probable de la lésion. (J'omets à dessein dans cette étiologie les influences pédérastiques, dont je me réserve de vous parler plus tard).

Des trois causes précitées, deux sont faciles à juger et à exclure du premier coup. Les traumatismes d'abord sont excessivement rares et se rattachent à des incidents sur lesquels on sera immédiatement édifié. De même pour la dysentérie affection aiguë, douloureuse, grave, souvent longue, et pour toutes ces raisons difficilement effaçable du souvenir, il me semble d'ailleurs, autant que j'en puisse juger, qu'on a singulièrement exagéré la fréquence du rétrécissement dysentérique. On parle beaucoup de ce rétrécissement, et on ne les constate que très-rarement. Je déclare n'en avoir observé qu'un seul cas pour ma part, et dans ce cas la

lésion était très-différente du rétrécissement syphilitique comme siége, comme forme, comme étendue, comme constitution anatomique générale. Il est vrai qu'à Paris nous ne sommes guère en situation de bien connaître la dysentérie et d'en apprécier les fréquences sur l'intestin.

Ces deux exclusions faites, reste le *cancer*. Or, avec le cancer, nous voici arrivés au point essentiel de la question, au diagnostic véritablement pratique, à celui qui se présente à instituer dans tous les cas et qui doit être sérieusement examiné.

Cliniquement, en effet, le cancer rectal, dans ces différentes variétés, se rapproche du rétrécissement syphilitique par de nombreuses analogies de symptômes. Comme ce dernier, d'abord, il crée ou peut créer à certaine période de son développement une obstruction intestinale, laquelle s'accuse par ses phénomènes habituels, phénomènes de tous les points identiques avec ceux que nous avons décrits précédemment. Comme le rétrécissement syphilitique, de plus, il donne au toucher la sensation d'un néoplasme résistant, dur, étendu, étalé sur une large surface et sur une hauteur variable, faisant saillie dans l'intestin, altérant la forme de l'organe et en diminuant le calibre. Comme le rétrécissement syphilitique, il affecte une marche souvent assez lente, et n'exerce alors que peu de réaction sur l'état général, etc., etc. Aussi, pour ces raisons et d'autres encore, n'est-il pas étonnant que le rétrécissement cancéreux ait été confondu plus d'une fois en clinique avec le rétrécissement d'origine syphilitique. Nos pères ne l'en distinguaient pas ; à preuve ce terme de « *squirrhositates* » sous lequel ils décrivaient en groupe toutes les lésions « calleuses » du rectum. Et de nos jours même, cette confusion n'a pas toujours été évitée ; de cela témoigneraient au besoin de nombreux exemples.

L'erreur assurément n'est pas possible à commettre alors qu'on a affaire à un cancer en voie avancée d'évolution. A cette période, en effet, le cancer se caractérise nettement, sans parler des symptômes généraux de cachexie spéciale, par tout un ensemble de signes que fournit le toucher, à savoir : grosse tumeur intestinale, très-inégale de surface, bosselée, marronnée, déviant fortement et quelquefois en divers sens la direction du rectum ; — tumeur de consistance inégale, très-dure en certains points, moins dure sur d'autres, sur d'autres encore molle et fongueuse ; — tumeur ulcérée par places, végétante, anfractueuse, saillante ici, et là excavée, « rentrante » ; — tumeur saignant avec la plus grande facilité, saignant au moindre attouchement (ce que ne fait pas le rétrécissement syphilitique) ; — tumeur enfin sécrétant en abondance un ichor diffluent, sanieux, d'une fétidité particulière, etc., etc.

Mais les mêmes signes n'existent plus à une période moins avancée, et c'est avec le cancer *jeune*, c'est surtout avec le cancer non encore ulcéré, que le rétrécissement syphilitique pourrait être confondu. Voyons quels caractères serviront à l'en distinguer.

Le rétrécissement syphilitique n'est guère rien autre qu'un rétrécissement. Le cancer est avant tout une tumeur, et pour lui la stricture n'est qu'un incident accessoire, secondaire. De là, en clinique, certaines différences que voici.

Le rétrécissement se présente sous la forme d'un anneau ou d'un cylindre fibreux; il se borne à épaissir et à indurer les tuniques du rectum, sans constituer de *tumeur* à proprement parler. Le cancer, inversement, est *plus massif* ; il constitue toujours une *tumeur*, dans la stricte acception du mot, tumeur quelquefois volumineuse et très-différente alors de ce qu'est un rétrécissement pur et simple, d'autre-

fois moindre, moyenne, petite même, mais ne donnant pas moins au toucher la sensation d'un néoplasme plus important, plus distinct, plus ramassé, plus globuleux que ne l'est jamais le syphilôme. — Notons immédiatement ici un détail de haute importance. A la tumeur principale qui constitue le cancer s'ajoutent quelquefois d'autres petites tumeurs tubéreuses, disséminées au voisinage. L'existence de ces tubérosités *satellites* est un excellent signe de spécificité cancéreuse.

Je vous disais à l'instant que la stricture rectale n'était qu'un incident, un épiphénomène, une complication pour le cancer. La preuve en est qu'il existe parfois sans déterminer de rétrécissement, et cela même avec un développement plus ou moins considérable. — D'autres fois, inversement, il produit des coarctations rectales bien plus complètes, bien plus étroites, que celles du syphilôme. C'est ainsi qu'on l'a vu réduire le calibre de l'intestin au diamètre d'une paille, ce que ne fait jamais la syphilis. — D'autres fois encore il *obstrue* plutôt qu'il ne rétrécit le rectum, en le comprimant, en le déviant, en l'aplatissant.

Le rétrécissement cancéreux est, en général, irregulier, bosselé, marronné; le plus souvent il n'occupe que d'une façon inégale les divers segments de la circonférence du rectum; parfois il infléchit fortement en tel ou tel sens la direction de l'intestin. — Tout au contraire le rétrécissement syphilique est relativement égal et lisse de surface; il est aussi plus régulier comme disposition sur le pourtour du rectum, qu'il étreint à la façon d'une virole ou qu'il transforme en un cylindre rigide; jamais enfin il ne lui imprime de déviations comparables à celles que peut produire le cancer.

Le rétrécissement syphilitique est une lésion fixe, qui ne se propage pas aux organes voisins. — Le cancer rectal est une lésion qui s'irradie quelquefois, qui peut envahir la cloison recto-vaginale et se porte jusque sur l'utérus.

Enfin, en certains cas, l'évolution morbide suffit à constituer le diagnostic. Le rétrécissement syphilitique est susceptible d'une marche lente, presque chronique. On a rencontré parfois des lésions de cet ordre qui (traitées, il est vrai) remontaient à cinq, huit, dix, douze ans d'origine. — Le cancer est plus aigu, relativement au moins, et se termine à bien plus rapide échéance. Il ne dure jamais ce que peut durer le rétrécissement. Conséquemment, alors qu'on a affaire à une stricture rectale de début éloigné, de début remontant à 5, 8, 10, 12 années, on est autorisé très-légitimement, par le seul fait de la *durée*, à mettre le cancer hors de cause comme origine possible de la lésion.

Grâce à ces considérations diverses, le rétrécissement syphilitique peut être différencié du cancer d'une façon scientifique et sûre dans la très-grande généralité des cas. Sans doute, ce diagnostic offre parfois des difficultés réelles; sans doute même, on a cité quelques faits dans lesquels des médecins ou des chirurgiens éminents ont dû renoncer pour un temps pour émettre un jugement formel sur la nature d'une coarctation rectale. Mais ce ne sont là, disons-le bien, que des cas rares, très-rares, relativement à ceux dans lesquels un examen attentif éclaire soit immédiatement, soit à court délai, sur la qualité des lésions.

Un dernier point, et celui-ci tout spécial, me reste à discuter comme complément des questions diagnostiques ou pathogéniques qui nous ont occupés jusqu'ici.

Le temps n'est pas très-éloigné de nous où le rétrécissement syphilitique était presque unanimement considéré comme une affection *honteuse*, résultant d'habitudes contre nature, résultant — disons le mot — du vice pédérastique ou sodomique.

Pour en citer une preuve, Delpech par exemple, Delpech, ce chirurgien si justement célèbre et généralement si judicieux dans ses appréciations, considérait le rétrécissement syphilitique comme le résultat d'une « inoculation » par l'anus ou par le rectum. Il était douteux pour lui, dit-il en propres termes, qu'une telle lésion « pût dépendre quelquefois de l'infection générale opérée par d'autres voies. » Donc, à ses yeux, tout rétrécissement syphilitique du rectum était un témoignage évident de contamination sodomique.

De nos jours encore cette opinion a survécu. Elle survit d'abord chez les gens du monde pour lesquels toute lésion anale ou rectale est matière à suspicion. Chaque fois qu'entre gens du monde il est question d'une maladie de ce genre, tout aussitôt les propres calomnieux vont leur train. Souvenez-vous de ce qui s'est produit il y a quelques mois, alors qu'un homme bien connu succombait à un carcinome rectal; il était bien rare que les plaintes émises sur son sort ne fussent pas accompagnées de quelque insinuation malicieuse. Mais il y a plus. Quelques médecins, même parmi nos contemporains, ne se sont pas soustraits à ce préjugé, et pour eux le rétrécissement rectal syphilitique ne laisse pas de donner lieu à de sérieux soupçons.

Or, sachez-le bien, Messieurs, rien de moins fondé, rien de plus anti-clinique, qu'une telle pathogénie imposée au rétrécissement rectal de la syphilis. Ce rétrécissement n'est rien moins que le témoignage d'une infection locale. Il ne résulte pas plus d'une infection locale que les accidents de même ordre et de même nature qui se développent dans le testicule ou le foie. Si l'on veut qu'il soit la conséquence d'une inoculation directe, il faudrait vouloir aussi, pour être logique, que la sclérose testiculaire et la sclérose hépatique dérivassent d'une infection locale, absurdité telle qu'il ne se trouverait personne pour la soutenir. D'une part, comme vous le savez déjà par ce qui précède, il n'est pas une seule observation sérieusement étudiée qui démontre la réalité d'un rétrécissement rectal consécutif à une inoculation directe. Et d'autre part, il n'existe pas plus de faits pour établir qu'une contamination originelle par l'anus ait favorisé, incité plus tard le développement d'accidents tertiaires dans le rectum. Quel rapport d'ailleurs pourrait-il exister entre le chancre, exorde de la diathèse, et le rétrécissement qui suit le chancre à 5, 10, 15, 20, 25 ans d'échéance?

Je ne dis certes pas que l'excitation rectale, résultant des rapports contre nature, ne puisse être un appel, une provocation, pour les manifestations tertiaires du rectum, tout comme le tabac est, de notoriété commune, un appel pour les manifestations secondaires de la bouche. Mais ce que j'affirme, c'est que le rétrécissement rectal *n'a pas besoin de cette excitation* pour se produire, qu'il se produit sans elle, et conséquemment que le fait d'une lésion rectale syphilitique d'ordre tertiaire, telle que la sclérose, n'implique en rien des habitudes honteuses comme raison étiologique.

En un mot, le rectum le moins suspect, le rectum le plus honnête — passez-moi l'expression — est exposé, par cela seul que l'économie est en puissance de syphilis, à devenir le siége d'un rétrécissement syphilitique. Et, conclusion finale à laquelle je voulais aboutir, les soupçons fréquemment émis sur l'origine de cette affection sont absolument illégitimes, sinon toujours, au moins dans l'énorme majorité des cas; rien ne les justifie scientifiquement.

Traitement. — Un point essentiel domine tout l'exposé qui va suivre. Spécifions-le donc tout d'abord.

Le traitement antisyphilitique n'exerce aucune influence curative sur le rétrécissement syphilitique confirmé.

C'est là ce dont témoignent quantité d'observations des plus authentiques. C'est là un fait sur lequel l'accord n'est que trop unanime, et ce fait contraste assez avec l'action si généralement efficace, si merveilleusement puissante, de la médication spécifique sur les autres accidents de la diathèse, pour mériter une mention toute spéciale.

Jamais, je le répète, un rétrécissement rectal d'origine syphilitique n'a été guéri par le mercure ou l'iodure, non plus que par ces deux remèdes associés. Or, cette impuissance de la médication spécifique a été interprétée dans un sens qu'elle ne comporte pas. Quelques médecins en ont conclu que le retrécissement rectal « prétendu syphilitique » n'était pas syphilitique en réalité. « Puisque ce rétrécissement, ont-ils dit, ne guérit pas par les agents spécifiques de la syphilis, c'est donc qu'il n'est pas d'essence syphilitique ». Mauvaise interprétation, Messieurs, raisonnement faux de tout point. Sans doute, le rétrécissement syphilitique ne guérit pas par les mercuriaux ou l'iodure ; mais cela ne signifie en rien qu'il ne soit pas syphilitique. D'une part, en effet, le traitement spécifique ; bien malheureusement, n'a pas pour mission de guérir tout ce qui est spécifique ; ses détracteurs seuls lui prêtent cette prétention, afin de se faire la partie plus belle. Si puissant qu'il puisse être, il n'est pas tout-puissant, nous ne le savons que trop, et multiples sont les cas qu'il trouve rebelles. D'autre part, ce n'est pas, dans l'espèce, contre un accident syphilitique que vient échouer ici le traitement. Comme je vous l'ai dit déjà, le rétrécissement qui dérive de la syphilis est bien moins une lésion syphilitique que la *conséquence ultime* d'une lésion syphilitique, tout comme une cicatrice est la conséquence ultime d'une plaie. Devenu fibreux, transformé en sclérose rétractile, ce rétrécissement est, par rapport à l'ulcération ou au syphilôme dont il provient, ce qu'est la cicatrice du foie par rapport à l'hyperplasie gommeuse dont elle dérive, ce qu'est le testicule fibreux et atrophique par rapport à l'infiltration conjonctive qui constitue le sarcocèle. Toutes ces lésions dégénérées ne sont plus, ne sauraient plus être justiciables de la médication antisyphilitique ; ce qui n'empêche qu'elles n'aient eu une origine syphilitique, qu'elles ne se soient développées à l'occasion et par le fait de la diathèse.

De cela, d'ailleurs, voici la preuve dans un second fait non moins important à bien établir.

Si le rétrécissement syphilitique, à l'état fibreux, n'est en rien influencé par le traitement spécifique, il n'en est pas de même des lésions qui le précèdent et le préparent. Celles-ci, c'est-à-dire les hyperplasies rectales originelles, sont accessibles à l'action du traitement antidiathésique ; celles-ci peuvent être modifiées par le mercure et l'iodure. C'est là ce qu'on ne sait pas assez ; c'est là même ce qu'on a nié. Et j'appelle toute votre attention sur ce point, Messieurs, parce qu'il s'y rattache en pratique, comme vous le pensez bien, un intérêt considérable.

Plusieurs fois déjà, on a vu des lésions syphilitiques rectales en voie de constituer un rétrécissement, c'est-à-dire ayant épaissi, induré le rectum et diminué le calibre de cet intestin, plusieurs fois, dis-je, on a vu ces lésions rétrocéder sous

l'influence du traitement spécifique, tout au moins être enrayées, arrêtées dans leur évolution, et somme toute ne pas aboutir aux conséquences irrémédiables de la stricture fibreuse, définitive. Exemples :

Vidal (de Cassis) a relaté le fait suivant : « Une malade de Lourcine portait « une induration rectale qui avait *considérablement* rétréci le rectum et surtout « l'anus. Là étaient des bosselures, des tumeurs d'une dureté extraordinaire qui, « entourant l'anus, semblaient prolonger le rectum en dehors, (ne reconnaissez- « vous pas là, Messieurs, les lésions constitutives du syphilôme anal ?); après avoir « administré un traitement mercuriel méthodique, j'extirpai les tumeurs qui bor- « daient l'anus, ce qui me permit l'introduction de mèches dont j'augmentai pro- « gressivement les diamètres, et j'obtins ainsi, par la combinaison du traitement « général, de l'extirpation et de la compression une CURE COMPLÈTE. »

M. Godebert cite, dans sa thèse, deux cas de rétrécissement rectal qui furent très-notablement amendés par l'emploi combiné des spécifiques et de la dilatation progressive. Dans l'un, il est dit que « sans le moindre doute, les parois indurées du rectum avaient gagné en souplesse à la suite de ce traitement, et que des canules de 2 centimètres de diamètre passaient très-facilement à travers la stricture où tout d'abord l'on n'avait pu faire pénétrer qu'une canule d'un demi-centimètre. » — L'autre cas est relatif à un rétrécissement cylindrique qui, traité par le mercure, l'iodure et les mèches enduites d'onguent napolitain, fut amendé à ce point, dans l'espace de quelques mois, que lors de la sortie du malade, « le calibre des matières fécales était revenu presque à l'état normal, la défécation était beaucoup moins pénible, et la coarctation rectale avait disparu en grande partie ». Seule, la suppuration persistait.

M. A. Guérin paraît avoir obtenu un succès de ce genre par l'administration de l'iodure de potassium, dans un cas de « rétrécissement en voie de formation, avec épaississsement et ulcération de la muqueuse. »

Enfin, je vous rappelle qu'en deux cas dont il a été fait mention précédemment j'ai vu le syphilôme rectal, non pas guérir assurément, mais rétrocéder, s'amoindrir comme étendue et comme volume, se résorber partiellement, et en définitive (cela est l'essentiel dans l'espèce) ne pas aboutir à la stricture fibreuse rétractile, qui constitue ici le véritable danger de la lésion.

Sans doute, de tels faits sont bien peu nombreux, je dirai même sont exceptionnels. Mais il est une raison à leur rareté, raison que vous savez et qui domine toute cette histoire pathologique ; c'est que, vu son caractère d'indolence et d'insidiosité, le syphilôme rectal n'est presque jamais reconnu qu'au-delà de l'époque où le traitement spécifique pourrait avoir prise sur lui. Si rares qu'ils soient cependant, les cas que je viens de vous citer ne démontrent pas moins d'une façon péremptoire ce fait essentiel, très-important pour la pratique, à savoir : que *les lésions constitutives du rétrécissement rectal hyperplasique sont susceptibles à une époque jeune encore de leur évolution, d'être heureusement influencées par l'administration des spécifiques.*

Cela posé, ce qui me reste à dire du traitement applicable au rétrécissement confirmé se réduit tout naturellement à peu de chose ; car en dépit de son origine spécifique, ce rétrécissement ne comporte plus à une période avancée que les indications communes aux coarctations rectales de tout genre.

Qu'à cette époque cependant on prescrive encore, *comme essai*, et pour ne rien négliger, la médication antisyphilitique, cela est certes bien légitime, et je n'y vois nul inconvénient. Je dirai plus, cela est indiqué dans de certaines conditions, alors par exemple que la lésion semble n'être pas très-ancienne, alors que l'origine en reste indéterminée, alors qu'on a affaire à un malade qui n'a subi jusqu'alors aucun traitement. Pratiquement, en effet, il est impossible de déterminer l'époque précise à laquelle un néoplasme spécifique cesse d'être accessible aux agents spécifiques. Et alors, dans le doute, on est conduit à prescrire le traitement de la diathèse, quand bien même on préjuge ne devoir en obtenir aucun succès.

En pareille occurrence, toutefois, il importe de ne pas trop insister sur l'emploi de moyens dont il n'y a, suivant toute vraisemblance, rien à attendre, et surtout ne pas subordonner à une thérapeutique illusoire les seules méthodes qui puissent être d'un secours utile au malade, c'est-à-dire les *méthodes chirurgicales.*

Devant un rétrécissement confirmé, en effet, c'est à la chirurgie que revient le premier rôle. La médecine impuissante, ne disposant d'aucun remède capable de modifier une lésion accomplie, la médecine, dis-je, doit s'effacer, Tout ce qu'on peut lui demander, c'est de satisfaire aux deux indications suivantes :

1° Surveiller l'état général, pallier les troubles fonctionnels qui sont la conséquence de l'obstruction intestinale, et surtout soutenir les forces. — C'est dans ce but qu'interviendront utilement les divers agents de la médication tonique : huile de foie de morue, quinquina, amers, arsenic, bains sulfureux, hydrothérapie modérée, etc., etc. Les ferrugineux devraient également trouver ici leur place; mais l'action astringente, constipante, qui leur est habituelle, les rend plus nuisibles qu'utiles dans ce cas particulier.

2° Favoriser, dans la mesure du possible, la régularité des selles. — Pour cela, surveiller avant tout l'hygiène alimentaire. Proscrire les aliments reconnus « échauffants ». Proscrire de même, dans une intention autre, les aliments à influence diarrhéique, en raison de leur influence irritante sur l'intestin. Recommander les aliments qui satisfassent à la double condition d'être puissamment nutritifs et de laisser peu de résidus stercoraux (viandes, purée de viande crue, œufs, laitage, etc.).

Cependant, en dépit de tous les soins, la constipation est inévitable. Que faire contre elle, médicalement?

Les lavements sont utiles, en délayant les matières et en leur permettant de franchir, sous forme liquide, l'obstacle intestinal. Inoffensifs d'une part, ils peuvent toujours être prescrits. Mais ils ne sont pas toujours efficaces. A une époque avancée de la maladie, souvent ils sont rendus tels qu'ils sont pris, alors même qu'on les additionne de substances propres à exciter l'intestin. Quelquefois, ils ne franchissent même pas la stricture, à moins d'être portés sur un point élevé de l'intestin par une longue canule. — Les douches rectales beaucoup moins pratiques, ne sont guère plus efficaces que les lavements simples, et peut-être ne seraient-elles pas sans dangers sur un intestin à parois ulcérés, amincies, facilement perforables.

Vient une question plus délicate. Que valent ici les *purgatifs*, dont malades et médecins font un usage très-fréquent, souvent même un abus véritable?

Distinguons l'*indication d'urgence* de l'administration habituelle des purgatifs comme méthode désobstruante. L'indication d'urgence est formelle et s'impose sans

discussion. Voici un malade qui n'est pas allé à la selle depuis un temps plus ou moins long; il souffre, il a le ventre ballonné, il commence à éprouver des nausées, etc. ; les lavements n'ont rien produit. Dans ce cas, il n'y a pas à balancer; il faut soulager ce malade au plus vite ; les purgatifs en fournissent le moyen; les purgatifs doivent être prescrits.

Mais tout autre se présente l'administration des purgatifs comme *méthode habituelle*. Celle-ci, irrationnelle, en principe, est condamnée par l'expérience. Les purgatifs d'abord ne sont que des palliatifs provisoires, qu'il faut incessamment renouveler pour en obtenir un effet constant. En second lieu, ils vont droit à l'encontre du but qu'on se propose, car *ils constipent par réaction*. De plus, prodigués à l'infini, ils entretiennent vers l'intestin une irritation continue. Finalement, ils affaiblissent l'organisme à la longue, comme autant de saignées séreuses.

Il convient donc de n'user des purgatifs qu'avec réserve et en vue d'indications précises. Il est en outre un choix à faire parmi eux, alors qu'on est forcé de les mettre en œuvre. Congestionnant la muqueuse rectale, les drastiques doivent être écartés. Les purgatifs salins ont l'inconvénient de constiper par réaction. Les laxatifs sont impuissants, etc. Par expérience, c'est l'huile de ricin qui agit le mieux ici. Il suffit de la donner à petites doses pour obtenir un effet de dilution sur les matières, en évitant de fatiguer les organes digestifs.

Mais ne perdons pas de vue que les véritables méthodes désobstruantes, dans le cas qui nous occupe, sont exclusivement celles qui s'attaquent à l'obstacle intestinal. Ces méthodes relèvent de la chirurgie. Elles se divisent naturellement en deux groupes.

Les unes se proposent de rétablir le cours des matières par une *dilatation* progressive de l'intestin, sans effusion de sang.

Les autres sont des opérations sanglantes, qui élargissent le calibre du rétrécissement, en incisant ce rétrécissement ou en incisant même toute l'épaisseur des parois rectales (*rectotomie interne*, *rectotomie externe*, *rectotomie linéaire*, etc.).

Il ne m'appartient pas, Messieurs, de vous exposer ici les indications de ces diverses méthodes, ni le manuel opératoire qu'elles comportent, ni les avantages ou les inconvénients qui se rattachent à chacune d'elle. Ceci est affaire de chirurgie pure, et je me garderai de m'aventurer sur un terrain qui n'est plus le mien. Je vous renvoie à qui de droit pour la discussion de ces points spéciaux.

D'une façon très-générale, simplement, et comme complément nécessaire à l'étude qui précède, je vous indiquerai les conclusions auxquelles ont abouti les praticiens les plus autorisés relativement à ce dernier ordre de questions.

Un premier point, sur lequel malheureusement on n'est que trop d'accord, c'est qu'aucune méthode, aucune opération ne fournit une cure radicale du rétrécissement syphilitique confirmé (réserve faite pour certains rétrécissements bénins, incomplets, limités).

Second point : les méthodes dites sanglantes, si rationnelles qu'elles soient, si simples et si expéditives qu'elles puissent paraître, exposent à des dangers sérieux, parfois même à des dangers de mort rapide. — Conséquemment, il ne faut s'y résoudre que sur des indications URGENTES, dûment établies de par les caractères de la lésion et de par l'insuffisance notoire d'autres méthodes moins périlleuses.

Troisièmement : la dilatation lente et progressive n'offrant pas de dangers com-

parables, constituant une méthode assez généralement inoffensive, et suffisant d'ailleurs, en un certain nombre de cas, à rétablir le cours des matières, se présente naturellement comme la méthode à expérimenter tout d'abord, sauf indications contradictoires.

Donc, en général, et, je le répète, sauf indications contradictoires tirées de l'étroitesse excessive du rétrécissement ou de la nécessité urgente de soulager à bref délai des phénomènes menaçants de retention stercorale, *c'est par la dilatation qu'il convient d'inaugurer le traitement.* Cela, le bon sens le dit ; l'expérience confirme et justifie cette conduite.

Après un certain temps d'essai, cette méthode est jugée par le résultat obtenu, et il devient évident que de deux choses l'une :

Ou bien la dilatation s'est montrée suffisante pour rétablir les fonctions, pour les rétablir au moins dans la mesure où il n'y a pas menace pour la santé ; les accidents de rétention stercorale sont conjurés, et partant il n'y aurait nulle raison de recourir à une autre méthode.

Ou bien la dilatation est restée insuffisante, soit que la méthode n'ait pu être rigoureusement appliquée en raison des accidents qu'elle détermine parfois (douleurs, inflammation locale, spasmes, symptômes nerveux, etc.), soit même qu'appliquée suivant toutes les règles elle ait laissé subsister les phénomènes de stricture avec les conséquences qui en dérivent. Dans ce cas, l'indication est formelle ; il y a nécessité évidente de renoncer à ce qu'on appelle les « moyens de douceur » et d'en appeler à une méthode plus radicale. Si grave qu'elle puisse être, *une opération est indispensable,* et il y a même avantage à ce qu'elle soit pratiquée le plus tôt possible, avant que l'état général ne soit sérieusement compromis.

Fréquemment, il faut le reconnaître, les malades sont forcés d'en arriver là, après insuccès manifeste de la méthode dilatatrice. Assez nombreux néanmoins, et plus nombreux qu'on ne le croit généralement, sont les cas où la dilatation rend inutile le recours à une opération sanglante. Sans doute, la dilatation ne guérit pas (quelle méthode guérit ici?) ; sans doute elle n'est que palliative, mais elle amoindrit les troubles fonctionnels, elle prévient les complications, et somme toute, elle *permet de vivre.* J'ai déjà rencontré pour ma part plus d'une demi-douzaine de malades qui, traités exclusivement par la dilatation, supportaient sans troubles généraux, et cela depuis 6, 8, 10 années, des rétrécissements rectaux d'un calibre assez étroit.

Il faut dire à la vérité que, pour donner des résultats satisfaisants et surtout durables, la dilatation doit être assidue, quotidienne d'abord, et plus tard très-fréquemment répétée. Il faut dire aussi qu'elle doit être continuée indéfiniment, toute la vie. Elle constitue donc un assujettissement des plus pénibles. Cependant, heureux encore seront les malades, s'ils peuvent échapper à ce prix soit aux conséquences inévitables et mortelles de l'infirmité qu'ils portent, soit aux risques inséparables d'opérations plus radicales, mais bien autrement périlleuses.

TABLE DES MATIÈRES

Pages



IMP. A. DERENNE, MAYENNE. — PARIS, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 52.

DES

GLOSSITES TERTIAIRES

(Glossites scléreuses; Glossites gommeuses)

DES

GLOSSITES TERTIAIRES

Messieurs,

Le hasard a conduit dans nos salles, ces derniers temps, toute une série de malades affectés, les uns de lésions syphilitiques tertiaires de la langue, les autres de lésions linguales étrangères à la syphilis, mais présentant avec ces dernières des ressemblances objectives plus ou moins accusées. Hâtons-nous de profiter de l'occasion qui nous est offerte pour étudier des types pathologiques aussi dignes d'attention.

Je me propose donc de vous entretenir aujourd'hui des *glossites tertiaires*. Sujet difficile et obscur encore en nombre de points, mais sujet pratique par excellence et réclamant de nous une étude des plus sérieuses.

I.

I. Que sont les lésions dites *glossites tertiaires?* En quoi consistent-elles? Quelle idée générale nous en faire tout d'abord?

Je vous disais dernièrement, en essayant de caractériser à grands traits les attributs de la diathèse à ses diverses périodes, que la syphilis tertiaire est presque invariablement constituée par des *hyperplasies* de tissus, hyperplasies qui, une fois formées, aboutissent ultérieurement à l'une ou à l'autre des deux terminaisons suivantes, à savoir : la *sclérose* ou la *gomme*. Eh bien, dès aujourd'hui vous allez trouver dans l'histoire des glossites tertiaires une première confirmation de cette proposition générale.

D'une part, en effet, les glossites tertiaires sont et ne sont que des *hyperplasies*, c'est-à-dire des lésions constituées par la prolifération de jeunes cellules qui, déposées dans la trame des tissus, y persistent, s'y multiplient, et y déterminent ce qu'on qualifiait autrefois du terme vague « d'engorgements », ce qu'on appelle de nos jours des infiltrations diffuses ou des nodosités circonscrites.

Et, d'autre part, originairement constituées par des hyperplasies cellulaires, ces glossites tertiaires aboutissent ultérieurement à telle ou telle des modalités anatomiques que voici :

Tantôt, elles tendent à persister, en s'organisant d'une façon qui devient définitive. Ce premier processus constitue la *sclérose*, et les lésions qui en résultent sont les glossites dites *scléreuses*.

Tantôt, ces mêmes hyperplasies subissent une dégénérescence hâtive, tendent à se détruire spontanément, à mourir, et nécessairement à s'éliminer de l'organisme. Ce second processus constitue la gomme, et les lésions qui en dérivent sont dites conséquemment *glossites gommeuses*.

On confondait jadis, et la plupart des auteurs confondent encore aujourd'hui ces deux ordres de lésions sous la rubrique commune « d'infiltrations gommeuses, de tumeurs gommeuses de la lan-

gue ». Nous verrons par ce qui va suivre que cette unification des dégénérescences tertiaires de la langue ne saurait subsister devant les progrès de l'étude clinique.

La syphilis tertiaire produit dans la langue deux sortes de lésions, lésions parfaitement distinctes et même dissemblables, que la nature peut bien nous montrer parfois réunies, mais que souvent aussi, le plus souvent, elles nous offre isolées et indépendantes. Il y a donc un intérêt sérieux, un véritable intérêt clinique, à respecter les différences tracées par la nature et à décrire séparément les deux formes de glossites tertiaires que la maladie est susceptible de déterminer, à savoir :

1° Les GLOSSITES SCLÉREUSES ;

2° Les GLOSSITES GOMMEUSES.

II. *Fréquence.* — Les lésions linguales que nous allons étudier figurent parmi les accidents de la syphilis tertiaire avec une fréquence qu'on peut qualifier de moyenne. Elles ne s'observent pas communément, cela est vrai. Ainsi, nulle parité de fréquence, par exemple, à établir entre elles et les lésions tertiaires si banales du voile palatin. Cependant on ne laisse pas de les rencontrer de temps à autre. Dans ces derniers temps, par exemple, vous avez pu en compter jusqu'à 4 cas réunis simultanément dans nos salles. Et, pour ma part, j'ai déjà eu l'occasion d'en recueillir ici ou ailleurs plus d'une soixantaine d'observations, d'après lesquelles sera tracée la description qui va suivre.

III. *Causes.* — Je ne vous parlerai de l'étiologie de ces lésions que pour relever un fait essentiel à signaler. Les glossites tertiaires sont *infiniment plus fréquentes chez l'homme* que chez la femme. De fréquence moyenne chez l'homme, elles deviennent rares chez la femme. Cela, du moins, résulte dans une proportion frappante de mes observations personnelles.

Cette inégalité numérique trouve-t-elle son explication dans un fait bien connu, à savoir que l'excitation de la muqueuse buccale

par le tabac ou l'alcool devient une cause d'appel pour toutes les lésions de la bouche et de la langue en particulier, cause qui, très-commune chez l'homme, fait au contraire relativement défaut chez la femme ? Cela est possible, et je dirai même cela est admissible rationnellement. Toutefois, ce qui n'est pas moins essentiel à ajouter, en ce qui concerne la syphilis, c'est que les lésions linguales tertiaires n'ont pas besoin de ces causes adjuvantes, secondaires, accessoires, pour se produire. Elles se produisent bien sans elles, sous la seule influence de la disposition diathésique. Et la preuve, c'est qu'on les observe parfois chez des sujets qui ne sont pas buveurs et qui ne fument pas. Dans ces derniers temps, par exemple, j'ai traité d'une glossite gommeuse assez rebelle un homme des plus sobres, qui n'avait jamais fumé.

IV. *A quelle époque de la diathèse se produisent ces lésions?*

Ce sont, vous le savez, des lésions *tertiaires*. Or, comme la plupart et même comme la grande généralité des lésions de cet ordre, elles peuvent apparaître à des époques variées de la période tertiaire; et cela, parce que leur date d'invasion est susceptible soit d'être retardée par l'intervention du traitement, soit inversement d'être avancée par des causes d'excitation locale.

En tout cas, dans les faits que j'ai observés personnellement, je trouve pour ces lésions un maximum notable de fréquence entre *la cinquième et la quinzième année* de la diathèse.

Quelquefois je les ai vues, plus précoces, se montrer dès la troisième et même dès la deuxième année. Il en est surtout ainsi pour les formes scléreuses, tandis que les formes gommeuses sont relativement plus tardives et ne commencent guère à apparaître qu'au delà de la quatrième ou de la cinquième année.

Par contre, dans un certain nombre d'autres cas, elles ne se sont manifestées qu'à échéance beaucoup plus reculée, de la quinzième à la vingtième année après le début de l'infection.

V. *Quel siége occupent de préférence ces lésions?*

Plaçons immédiatement ici une remarque intéressante. Quelle

que soit la forme à laquelle elles appartiennent, toutes les lésions tertiaires de la langue ont un siége de prédilection, très-essentiel à connaître. Ce siége affectionné est la *face dorsale de l'organe*. C'est presque toujours, presque invariablement, sur le dos de la langue qu'on rencontre ces lésions, et cela soit au niveau des régions moyennes (ce qui est le cas le plus habituel), soit dans les régions antérieures, latérales ou marginales. Jamais on ne les observe à la face inférieure. En ce qui me concerne du moins, je déclare n'avoir pas encore constaté, sur plus de 60 malades, un seul cas de lésion tertiaire, scléreuse ou gommeuse, affectant la face inférieure de la langue.

Ainsi donc, face dorsale de la langue, tel est le siége par excellence des lésions que nous allons décrire.

Ces généralités établies, abordons maintenant les descriptions particulières.

II.

GLOSSITES SCLÉREUSES.

La caractéristique générale de cette première forme de lésions, c'est, comme vous le savez déjà, de consister en des hyperplasies *vivaces*, susceptibles de s'organiser sous une forme persistante et définitive.

A l'origine, les glossites scléreuses ne sont que des hyperplasies cellulaires, des dépôts de cellules qui infiltrent les tissus de la langue. Plus tard, ces éléments cellulaires se multiplient, s'organisent, se condensent, et aboutissent à former une trame fibro-plastique, fibroïde, pourvue de vaisseaux. Puis, cette néoplasie, se condensant toujours de plus en plus, étreint les éléments anatomiques propres de l'organe, les enserre, les étouffe, les atrophie ; elle se substitue à eux progressivement, et finit par constituer dans le parenchyme lingual une de ces dégénérescences particulières qu'on appelait autrefois des *cirrhoses* et auxquelles on donne aujourd'hui le nom mieux approprié de *scléroses*.

Donc, le caractère propre de ces lésions est de créer dans la langue une néoplasie vivace et persistante, laquelle aboutit comme dernier terme à une organisation fibreuse définitive.

Cliniquement, ces mêmes lésions consistent en des *indurations interstitielles* de la langue, facilement perceptibles au toucher, et s'accusant d'ailleurs à simple vue par des altérations diverses du tégument muqueux.

Résultant d'une prolifération cellulaire nécessairement soumise à de nombreuses variétés, ces indurations néoplasiques affectent des variétés correspondantes également multiples, comme siége, comme étendue, comme configuration, etc. De là des aspects cliniques très-divers de la lésion ; de là même des *formes* objectives différentes.

Or, comme ce sont surtout les conditions de siége, de localisation, qui impriment à la maladie ses différences les plus marquées, il suit de là une division toute naturelle dans les types pathologiques qui se présentent à étudier, et cette division est la suivante :

Tantôt l'hyperplasie se fait seulement dans les tissus les plus superficiels de la langue, dans le derme muqueux. Elle constitue alors ce qu'on peut appeler la *glossite superficielle* ou *corticale*.

Tantôt, au contraire, plus profonde, elle intéresse les tissus sous-jacents au derme muqueux, et constitue dans cette seconde forme une *glossite profonde* ou *parenchymateuse*.

Ces deux formes, enfin, peuvent se rencontrer réunies, associées.

Parlons d'abord de la première de ces formes.

1° *Glossite scléreuse superficielle* ou *corticale*.

Celle-ci est une glossite *muqueuse* ou *dermique*.

Anatomiquement, elle est constituée par des dépôts néoplasiques siégeant exclusivement dans le derme lingual.

Cliniquement, elle s'accuse — et c'est là son caractère propre,

essentiel — par des indurations *superficielles* qui se forment aux dépens du derme lingual seulement, les tissus sous-jacents ou profonds restant indemnes.

Se produisant sur une membrane, c'est-à-dire sur un tissu étalé, ces hyperplasies en surface déterminent nécessairement des indurations de même forme, c'est-à-dire des indurations étalées, *lamelleuses*, comparables à cette variété d'induration chancreuse qui se produit en surface et qui est dite « parcheminée ».

Ainsi, comprenez bien ceci tout d'abord, Messieurs : indurations étalées, lamelliformes, siégeant dans le derme lingual, te est le caractère essentiel, distinctif, de ces lésions.

I. Quelle configuration affectent ces néoplasies du derme lingual ?

Deux variétés doivent être distinguées.

1° Dans une première variété, les néoplasies en question sont disposées par *îlots* indépendants, par *plaques isolées,* à la façon, par exemple, des plaques disséminées et distinctes du psoriasis guttata.

Ces plaques ont une étendue et une forme variables. Communément, elles affectent les proportions d'une pièce de 20 centimes ou d'un haricot. Il en est de plus petites, comparables à une lentille ou à un grain d'orge. Il en est aussi de plus étendues, offrant les dimensions d'une amande ou d'une pièce d'un franc environ. — Leur forme est, en général, arrondie ou ovalaire. Quelquefois elles sont très-régulièrement cerclées, comme des papules. D'autres fois, elles sont plus ou moins irrégulières, alors surtout qu'elles siégent sur les bords de l'organe.

Leur nombre également est sujet à variétés. Le plus habituellement on en rencontre deux ou trois. Parfois il n'en existe qu'une seule. Parfois aussi elles sont plus ou moins confluentes, et l'on peut en compter cinq, six, ou même davantage.

Ces petites lésions, je l'ai déjà fait pressentir, sont facilement perceptibles au toucher. Appuyez le doigt sur la langue à leur niveau, et vous aurez aussitôt la sensation d'une rénitence insolite, morbide, et d'une rénitence de forme étalée, lamelleuse,

comme s'il existait, inséré dans la muqueuse, un disque de parchemin ou de carton. Cette sensation est d'autant plus nette qu'elle contraste avec celle qui est fournie par les tissus avoisinants, lesquels, restant ce qu'ils sont à l'état normal, se présentent naturellement mous, souples, facilement dépressibles.

Le simple toucher vous révélera donc d'emblée, en pareil cas, ce double caractère : d'une part, fermeté, dureté insolite ; et d'autre part, dureté superficielle, n'intéressant que la muqueuse, ne pénétrant pas dans les tissus profonds.

Ce n'est pas tout. A simple vue, ces indurations se traduisent encore par d'autres caractères, attestant un état pathologique de la muqueuse linguale à leur niveau. Ces caractères sont les suivants :

1° Rougeur morbide de la muqueuse, et rougeur foncée, d'un ton *cerise*, sombre ;

2° Aspect remarquablement *uni* et *lisse* de la muqueuse, qui est comme vernie et dépapillée.

Inutile de vous rappeler, Messieurs, ce qu'est la muqueuse linguale à l'état physiologique. Elle se présente, vous le savez, avec un aspect tomenteux, villeux, tout spécial, dû aux innombrables papilles qui en tapissent la surface. Eh bien, cet aspect a complètement disparu ici. Au niveau des indurations hyperplasiques, la surface de la langue apparaît, au contraire, absolument dépourvue de papilles, comme si on l'avait *rasée*. Elle est unie et lisse, semblable à la pellicule d'une cerise ; et la couche de salive qui la recouvre lui communique une apparence vernissée. On la dirait à vif, érodée. Et cependant elle n'est pas à vif, elle n'est pas érodée, comme on serait tenté de le croire au premier coup d'œil. C'est ce qu'apprend, d'abord, un examen minutieux, pratiqué avec le secours de la loupe ; c'est ce qu'achève de démontrer, au besoin, la petite expérience suivante : promenez à la surface de cette plaque pseudo-érosive un crayon de nitrate d'argent : elle ne se colorera pas en blanc, comme elle le ferait aussitôt si elle était érosive, si le derme muqueux se trouvait dénudé.

3° Ces petites lésions, enfin, sont généralement planes, tout au

moins sans saillie bien appréciable. Quelquefois cependant on les trouve légèrement bombées et formant un petit relief papuleux.

En résumé :

Indurations circonscrites, superficielles et lamelleuses, du derme lingual ;

Indurations à surface sèche, non érosive ;

Indurations à surface rouge, unie, lisse, dépapillée ;

Tels sont les caractères qui constituent cette première variété.

2° *Seconde variété.* — Celle-ci ne diffère de la précédente que par une différence de configuration.

L'hyperplasie interstitielle, au lieu de se faire, comme dans la première variété, par îlots multiples et distincts, se produit ici en *plaques continues*, d'une étendue plus ou moins considérable. Nous avions comparé la première forme au psoriasis guttata; continuant la figure, nous pourrions comparer celle-ci au psoriasis en nappe, en larges placards.

La lésion qui se produit dans cette seconde forme consiste donc en une *induration en nappe* de la muqueuse. Elle est plus ou moins étendue, occupant tel ou tel département de la langue, par exemple une des moitiés latérales, ou plus habituellement encore la région antérieure et médiane. Si bien que, cliniquement, on trouve au niveau des parties malades la muqueuse transformée en une plaque dure, dans un espace de 2, 3, 4, 5 centimètres carrés, quelquefois même davantage. Ainsi, sur une femme que vous avez pu voir à la salle Saint-Thomas et dont la lésion est reproduite sur le moule que je vous présente actuellement (1), toute la portion antérieure et moyenne de la langue était devenue le siége d'une semblable dégénérescence.

Le département lingual affecté de la sorte offre au doigt une

(1) Pièce n° 221 de ma collection particulière.

rénitence parcheminée, sèche, coriace, à ce point qu'en certains cas on croirait la muqueuse métamorphosée en une carapace de parchemin.

Du reste, à part l'étendue des lésions, mêmes détails cliniques que dans la forme précédente, à savoir : même apparence lisse, unie, vernie, de la surface linguale ; — même apparence dépapillée, « rasée »; — même rougeur sombre, au début surtout ou dans une période encore peu avancée ; car, plus tard, alors que la dégénérescence scléreuse a achevé de s'accomplir, la muqueuse prend au contraire une teinte moins foncée, voire parfois une teinte blanchâtre, due à la diminution progressive de ses éléments vasculaires. Il n'est même pas rare que, dans les phases ultimes de la lésion, on trouve quelques îlots de la surface linguale présentant une teinte absolument blanche, d'un blanc laiteux (*milk-white*, dit Fairlie Clarke (1); teinte résultant non pas, comme on l'a cru, d'une cicatrice établie sur des tissus précédemment ulcérés, mais d'un simple processus scléreux étouffant dans l'intimité de la muqueuse les canalicules vasculaires et se produisant sans la moindre ulcération.

Enfin, dernier détail, la muqueuse qui est le siége de ces indurations en nappe présente le plus habituellement ce que j'ai décrit sous le nom d'*aspect parqueté*. C'est-à-dire que sa surface est parcourue, à la façon d'un parquet, par un réseau de sillons, les uns (et ce sont les plus marqués) transversaux et parallèles, les autres obliques ou de direction irrégulière.

Telles sont les deux variétés sous lesquelles se présente la glossite scléreuse superficielle, variétés très-nettes et très-manifestement distinctes cliniquement, constituées l'une par des scléroses circonscrites, distribuées en îlots épars, indépendants, et l'autre par des scléroses étalées en nappe continue.

II. Sous telle ou telle forme qu'elle se présente, la glossite scléreuse corticale affecte toujours une évolution remarquablement *chronique*.

---

(1) *A. treatise on the diseases of the tongue*, par le Dr Fairlie Clarke, Londres, 1873.

Nous ne saurions dire au juste quel temps elle demande pour se constituer, car dans la plupart des cas le début même de la lésion est presque toujours impossible à préciser. Mais, en revanche, ce que nous savons et ce que nous pouvons affirmer, c'est d'abord qu'une fois en évolution elle tend à persister, si elle n'est pas attaquée par un traitement énergique ; c'est, en second lieu, que, passée à l'état de sclérose confirmée, elle reste ce qu'elle est, quoi qu'on puisse faire. Aussi est-il fréquent en pratique de rencontrer des lésions de cet ordre qui remontent non pas seulement à plusieurs mois, mais à plusieurs années, à trois, dix quinze années et même davantage.

III. Alors que ces lésions sont constituées, elles ne présentent plus ultérieurement qu'un ordre d'incidents ou de complications. Mais ces incidents ou ces complications — appelez-les comme vous le voudrez — se présentent avec une fréquence considérable, et demandent à être signalés d'une façon spéciale.

Ce qui succède habituellement est ceci : production, au niveau des parties affectées, d'éraillures, de gerçures, de crevasses, d'érosions le plus souvent linéaires ou quelquefois étalées, voire parfois d'ulcérations véritables.

Ce ne sont là, je dois le dire, que de simples épiphénomènes, dus non pas à un processus ulcératif de nature spécifique, mais à des ruptures, à des déchirures mécaniques, se produisant facilement sur une muqueuse désorganisée. Des causes accidentelles, des excitations surajoutées (telles que contact de certains aliments de mastication difficile, frottement des parties affectées contre des dents ébréchées, acérées ou saillantes, usage ou abus du tabac, etc.) rendent souvent compte de ces accidents d'ulcération consécutive, comme souvent aussi, inversement, il n'est pas de cause occasionnelle à leur assigner.

Tout épiphénomènes qu'ils soient, cependant, ces derniers accidents ne constituent pas moins une complication importante et fâcheuse. D'abord, en ce qui concerne le diagnostic clinique, il est évident que, sans modifier la nature de l'affection, ils en altèrent plus ou moins la physionomie et peuvent devenir ainsi

matière à erreur. De plus, et c'est là l'essentiel, ils ajoutent à la maladie un élément qui jusqu'alors n'y figurait pas, l'élément *douleur*. Rien de douloureux, d'agaçant, comme ces crevasses linéaires, fissuraires, de la langue ou comme ces petites érosions marginales frottant contre des dents à parois rugueuses, irrégulières. Traitées, cautérisées, soumises à des collutoires, à des gargarismes appropriés, ces excoriations consécutives se cicatrisent, je l'accorde. Mais elles ne se cicatrisent souvent qu'avec assez de lenteur, et surtout elles ne se cicatrisent que pour se rouvrir bientôt. Il n'est pas rare aussi qu'en raison de la mauvaise qualité des tissus sur lesquels elles reposent, elles se rouvrent d'une façon presque assidue, presque indéfinie. Elles arrivent alors à constituer de la sorte une véritable *infirmité* locale des plus gênantes, des plus pénibles. — Mais n'anticipons pas sur ce qui doit suivre ; nous aurons l'occasion plus tard de revenir en détail sur ces accidents d'une phase ultérieure.

2° *Glossite scléreuse profonde* (*Cirrhose linguale, glossite lobulée*).

Cette seconde forme est encore constituée, comme la précédente, par une hyperplasie cellulaire, mais par une hyperplasie qui, au lieu de rester superficielle et dermique comme dans les cas que nous avons étudiés jusqu'ici, s'étend aux parties plus profondes et se propage au parenchyme même de la langue.

Elle peut n'occuper que les parties profondes, exclusivement, et respecter la muqueuse. Cela est rare. Presque invariablement, l'hyperplasie est à la fois superficielle et profonde, c'est-à-dire affecte en même temps la muqueuse et le tissu musculaire sous-jacent. Elle est donc alors *dermo-parenchymateuse*.

La glossite scléreuse profonde n'est que rarement circonscrite à une étendue minime. Presque toujours elle s'étend à tout un département de la langue, soit par exemple à la région de la pointe, soit encore à une moitié latérale de la région antérieure, soit enfin (et c'est là le cas le plus fréquent) à la moitié, aux deux tiers, voire aux trois quarts antérieurs de l'organe. C'est donc, en général au moins, une forme plus extensive que la précédente.

Cliniquement, elle se traduit par des phénomènes de même ordre que la glossite scléreuse superficielle. Seulement, ces phénomènes sont ici plus accentués, plus intenses, plus importants, et leur exagération donne à la maladie une physionomie tout autre, ainsi que vous allez le voir.

En quoi consistent-ils ? Sommairement, en ceci :

1° Tuméfaction de la langue ;

2° Mamelonnement et *lobulation* de la face dorsale de l'organe ;

3° Induration profonde des parties affectées ;

4° Altérations variées de la muqueuse à leur niveau.

Quelques mots de commentaire sur ces divers symptômes.

1° *Tuméfaction de la langue.* — Cette tuméfaction est évidente à première vue, quoique n'étant en général que peu considérable. Elle n'est jamais que partielle, sauf dans une forme extrêmement rare, véritablement exceptionnelle, dont je vous parlerai en temps et lieu. Elle se fait surtout et même presque exclusivement *en hauteur*. La face supérieure de l'organe s'élève, s'exhausse dans la proportion de quelques millimètres, d'un demi-centimètre, rarement davantage. Quelquefois encore il se produit simultanément un certain excès de volume dans le sens transversal, et la langue devient plus large, comme étalée.

C'est par comparaison surtout, par opposition, que la tuméfaction de l'organe se montre frappante en certains cas. Ainsi, lorsqu'une moitié seule de la langue est affectée, cette moitié forme une bosselure saillante en dos d'âne, laquelle semble d'autant plus élevée que l'autre moitié saine reste plane et comme déprimée relativement.

Toutefois, l'augmentation de volume de la langue ne persiste pas toujours pendant toute la durée de la maladie. Il est fréquent, à une période très-avancée, lorsque déjà l'affection a duré plusieurs années par exemple, de voir inversement la langue diminuer de volume, s'affaisser, se ratatiner, pour ainsi dire, en

quelques points ou même en totalité. Cela est dû à ce que les tissus fibreux, résultat du processus morbide qui constitue la sclérose, continuent à se rétracter de plus en plus, après avoir détruit les éléments physiologiques du parenchyme lingual. Cette rétraction du reste n'a rien que de normal ; elle est l'analogue de ce qu'on observe dans les *cirrhoses* ou les *scléroses* en général (cirrhose hépatique ou rénale, par exemple), lésions qui, caractérisées à leur première période par un état hyperplasique et hypertrophique des organes affectés, aboutissent plus tard à un état atrophique bien connu.

On pourrait donc, en se plaçant à ce dernier point de vue, reconnaître dans l'évolution des glossites scléreuses tertiaires deux periodes successives :

Une première, constituée par l'exagération de volume de la langue (*stade hypertrophique*) ;

Et une seconde, consistant dans l'atrophie partielle ou générale de l'organe (*stade atrophique*, *cirrhose linguale* proprement dite).

2° *Mamelonnement et* LOBULATION *de la face dorsale.* — C'est là le phénomène le plus saillant, le plus caractéristique, celui qui attire aussitôt l'attention, tant il donne à la langue un aspect étrange et insolite.

Au lieu d'être plane et régulière, la face dorsale de la langue devient inégale, bosselée, mamelonnée. Elle est transformée en une série de mamelons saillants, voisins les uns des autres, inégaux de volume, irréguliers de forme, lesquels communiquent à l'organe une apparence véritablement *lobulée*.

L'existence de ces lobules résulte de la présence d'enfoncements, de *sillons*, qui les circonscrivent et les limitent. Ces sillons interlobulaires sont curieux à examiner. D'abord, ils sont plus ou moins profonds. Ils mesurent en hauteur de 1 à 2 ou 3 millimètres généralement. Plus creux encore quelquefois, ils peuvent atteindre jusqu'à un demi-centimètre. — Ils sont ouverts en forme de V, c'est-à-dire que, larges à leur partie supérieure, ils vont en

se rétrécissant jusqu'à leur fond. Quelquefois cependant ils se présentent presque fermés, par adossement réciproque des mamelons voisins, et ne deviennent apparents que par le déplissement de la langue. Dans ce cas, alors qu'on appuie en sens inverse sur deux mamelons contigus, on voit ces sillons linéaires s'entr'ouvrir et la langue se déplisser, à la façon des circonvolutions cérébrales qu'on écarte avec le doigt.

Les sillons interlobulaires affectent à la surface de la langue les directions les plus diverses. Presque toujours, et je crois même pouvoir dire toujours, il existe un sillon correspondant à la ligne médiane antéro-postérieure, au raphé médian. Ce sillon est le principal comme étendue et comme profondeur. — Puis, de ce sillon médian partent d'autres sillons transversaux ou obliques, à la façon des nervures secondaires d'une feuille, qui se détachent sous des angles divers de la nervure principale ou médiane. — Enfin, d'autres sillons accessoires parcourent en tous sens les parties latérales de la langue, en se reliant ou sans se relier aux précédents. — Et de la sorte, se trouve constitué un véritable *réseau* de scissures entrecroisées, qui donnent à l'organe un aspect *lobulé* tout à fait caractéristique.

Cette lobulation de la langue est, je le répète, des plus remarquables. Elle rappelle la lobulation du foie dans la cirrhose, du rein dans la sclérose rénale, et généralement toutes les lobulations des organes cirrhosés. Et, en effet, c'est une véritable *cirrhose* que subit la langue dans le processus morbide que nous décrivons, processus qui pourrait presque prendre le nom de CIRRHOSE LINGUALE.

D'après ce que j'ai vu jusqu'ici, je crois être autorisé à dire que cette lobulation linguale est un caractère à peu près pathognomonique de syphilis. Tout au moins on ne la retrouve formulée *à un égal degré* dans aucune autre maladie (1). — Donc, Messieurs, tenez-vous pour avertis, et, quand vous rencontrerez

(1) Le Dr Fairlie Clarke a dit de même : « As far as my experience goes, the vast majority of *fissured* tongues are due to syphilis, and are characteristic of the later stages of that disease » (Ouvrage cité, p. 151).

une langue lobulée de la sorte, songez toujours à la syphilis. Dans les neuf dixièmes des cas, si ce n'est plus, ce seul et simple signe suffira à vous édifier sur la nature syphilitique de la lésion.

Il peut arriver que la lésion, au lieu d'occuper la ligne médiane, soit reléguée sur les bords de la langue. Les mêmes phénomènes s'observent dans ce cas, mais avec quelques variantes et quelques particularités additionnelles. Le même mamelonnement, les mêmes scissures se produisent sur les parties supérieures. Mais, en plus, les parties qui avoisinent l'arcade dentaire prennent un aspect spécial, dû à la pression de la langue hyperplasiée contre les dents. Ces parties reproduisent littéralement l'empreinte des dents, et présentent une série de dépressions ovalaires à grand axe vertical, séparées par des arêtes correspondant aux interstices dentaires. — Enfin, si une ou plusieurs dents viennent à manquer, comme je l'observais tout dernièrement sur l'un de mes malades, la partie de la langue qui répond à ce vide de l'arcade dentaire forme en ce point une saillie exubérante, un véritable mamelon hypertrophique.

3° *Induration profonde des parties affectées.* — Les parties qui sont le siége des lésions que nous venons d'étudier sont toujours indurées, et indurées à un haut degré. Elles fournissent au toucher une sensation de rénitence très-accentuée. Elles sont *dures*, dans toute l'acception du mot, et d'une dureté sèche qui ne se laisse pas déprimer. On croirait en les touchant avoir sous le doigt du cartilage ou du tissu fibreux ; ou même encore (car cela indique l'erreur possible à commettre en pareil cas) on croirait toucher du *cancroïde*. Sans exagération, ces hyperplasies profondes de la langue, parvenues à l'état scléreux, présentent une dureté véritablement cancroïdienne.

De plus, le toucher apprend encore que la dureté perçue est une dureté *profonde*, très-différente par conséquent de ces rénitences en surface, de ces indurations lamelleuses qui constituent la sclérose linguale superficielle. C'est une dureté *pénétrante*, qui s'enfonce dans l'épaisseur de la langue et qui fait corps avec son parenchyme.

Les limites extérieures ou circonférentielles du noyau dur constitué de la sorte sont toujours faciles à déterminer. Il n'en est pas de même des limites profondes, lesquelles en général restent plus ou moins inaccessibles par ce fait même qu'elles sont profondes, et aussi parce qu'elles se confondent souvent avec les tissus sains sans transition bien accentuée.

4° *Altérations diverses de la muqueuse au niveau des parties affectées.*— Enfin, à la surface de ce tissu mamelonné, lobulé et dur, la muqueuse présente des altérations diverses.

Elle est modifiée d'abord comme *coloration*. Elle affecte par places, par îlots, une teinte d'un rouge morbide, comme vineux. Sur d'autres points elle apparaît au contraire plus blanche, décolorée et comme exsangue, ce qui semble tenir soit à la distension excessive qu'elle subit par suite de la prolifération sous-jacente, soit à une réelle diminution de sa vascularité propre, résultant d'une sclérose interstitielle de son tissu.

De plus, on trouve cette même muqueuse *unie*, *lisse*, *tendue*, *dépapillée*, sur presque toute l'étendue des parties affectées. En quelques points seulement les papilles sont conservées, et forment des sortes d'îlots ou d'oasis. Il est à remarquer que ces papilles persistantes présentent souvent (je ne sais pour quelle raison) une teinte blanchâtre, comme si elles venaient d'être touchées au crayon de nitrate d'argent.

Tous ces détails, comme d'autres moins importants que je passe sous silence, se trouvent merveilleusement reproduits sur les diverses pièces en cire que vous voyez ici, pièces dues à deux artistes des plus distingués, MM. Jumelin et Baretta (1).

III.

Telle, Messieurs, se présente la sclérose linguale profonde dans sa forme pure, c'est-à-dire alors qu'elle n'est encore altérée par aucune complication, alors qu'il ne s'y est ajouté aucun épiphénomène.

---

(1) V. Pièces nos 11, 77, 112, 172, 260, 267 et 300, de ma collection particulière. — Voyez aussi plusieurs pièces déposées au musée de Saint-Louis.

Mais je vous laisserais sous une impression fausse, contraire à la vérité clinique, si je n'ajoutais aussitôt que cette forme essentielle, simple, primitive, ne tarde guère à être altérée, modifiée comme aspect, par l'évolution ultérieure de la maladie.

Il se produit pour elle en effet — et à un plus haut degré — ce que nous avons vu se produire pour la sclérose corticale.

Au bout d'un certain temps, des *lésions de forme érosive*, *exulcéreuse* ou même *ulcéreuse*, viennent s'ajouter aux phénomènes qui précèdent. Ces lésions consécutives changent notablement l'aspect des parties, en même temps qu'elles provoquent divers troubles fonctionnels dont nous parlerons bientôt.

Et comment n'en serait-il pas ainsi? La langue n'est-elle pas forcément exposée à des irritations aussi multiples que diverses, telles par exemple que les suivantes: contact des aliments et surtout de certains aliments durs, grenus, ou bien acides, âcres, excitants; — séjour de débris alimentaires dans les anfractuosités et les sillons de la face dorsale; — frottement contre certaines dents susceptibles d'excorier les bords de l'organe par leurs inégalités, leurs arêtes, leurs incrustations; — usage ou abus du tabac; — usage ou abus des alcooliques, etc., etc.? Toutes causes d'irritation, dont les effets sont encore augmentés par les mouvements multiples et incessamment répétés de l'organe, dans la parole, la mastication, la déglutition, etc.

Aussi peut-on poser ceci comme règle : A un moment donné, la glossite scléreuse profonde, et même toutes les glossites, pourrais-je dire, se compliquent d'érosions, d'exulcérations ou d'ulcérations véritables.

Ces érosions ou ces ulcérations *consécutives* ne sont pas toutes de même genre, de même origine. On peut, on doit en distinguer de deux ordres:

1° Les unes sont de nature simple, c'est-à-dire inflammatoires, mécaniques, traumatiques. Celles-ci résultent de telles ou telles des causes que je viens de mentionner.

Elles siégent en diverses régions : soit sur les bords de la langue, au niveau des points où s'exerce le frottement contre les arcades dentaires, soit plus habituellement encore sur le dos de la

langue. Et lorsqu'elles affectent cette dernière localisation, c'est très-spécialement *au niveau des sillons*, des scissures interlobulaires, qu'on les observe, c'est-à-dire dans les points où la muqueuse est le plus distendue, le plus tiraillée, le plus assidûment irritée par le séjour des parcelles alimentaires ou le contact des liquides irritants. Aussi, d'une façon très-fréquente, les sillons linguaux sont-ils le siége d'érosions, lesquelles tantôt restent superficielles, et tantôt dégénèrent en de véritables ulcérations. — Qu'il s'agisse d'érosions ou d'ulcérations, les unes et les autres débutent toujours par le fond des scissures, sous forme de crevasses linéaires, de rhagades ; et c'est de là, comme point de départ, qu'elles s'irradient parfois sur les parties voisines. — Quelquefois encore, mais cela est plus rare, le processus érosif se produit à la surface même des mamelons, en déterminant de petites plaies étalées, plates, rappelant d'aspect les syphilides secondaires.

D'ailleurs, quel qu'en soit le siége, ces lésions consécutives varient peu comme physionomie. Elles se présentent sous l'aspect d'excoriations ou d'exulcérations limitées, remarquables en général par une coloration d'un rouge vif, animé, purpurin, qui tranche sur la teinte des parties voisines. Jamais, en tout cas, elles n'offrent ce fond blafard, jaunâtre, bourbillonneux, qui appartient à des ulcérations d'un autre genre dont je vous parlerai dans un instant.

Ces accidents de forme érosive ou ulcéreuse, je vous le répète, n'ont rien de spécifique, ne résultent rien moins que d'une cause et d'un processus spécifiques. Ce sont tout simplement des *épiphénomènes vulgaires* d'une lésion spécifique, rien de plus. Quand ils se produisent, ils ne font que s'ajouter à la lésion en la compliquant; ils ne la modifient qu'en mal, ils n'en constituent qu'une aggravation, sans jamais devenir pour elle un mode de terminaison. Tandis que pour d'autres formes morbides dont nous parlerons plus tard, pour les gommes, l'ulcération au contraire est tout à la fois un accident spécifique, un symptôme de la diathèse, et en même temps un bénéfice de nature, un processus curatif, éliminateur, terminal. Notez bien, Messieurs, cette différence que je me borne à signaler d'un mot quant à présent,

mais dont vous saisirez bientôt la haute importance par ce qui va suivre.

2° Des ulcérations d'un autre genre, ai-je dit, s'observent parfois à la surface de la langue affectée de la sorte. Celles-ci sont d'origine non plus simplement mécanique ou inflammatoire, mais véritablement *spécifique*.

Il arrive parfois, en effet, qu'un ou plusieurs des mamelons constitutifs de la glossite scléreuse profonde subissent la dégénérescence gommeuse, se ramollissent, s'ouvrent, s'ulcèrent et évacuent leur contenu. Il se produit de la sorte, au milieu de lobules scléreux, des ulcérations variables d'étendue, généralement petites et bien circonscrites, qui se reconnaissent facilement comme nature tant à leur forme excavée qu'à leur fond jaunâtre, *bourbillonneux*, présentant des vestiges de l'eschare gommeuse en voie d'élimination.

L'affection est alors mixte, si je puis parler ainsi, c'est-à-dire à la fois constituée par des lésions scléreuses et des lésions gommeuses. On pourrait donc avec avantage, je crois, donner à cette forme le nom de *glossite scléro-gommeuse*.

IV.

Variété rare : glossite scléreuse généralisée.

Nous en avons fini, Messieurs, avec les formes usuelles de la glossite scléreuse. Cet exposé toutefois resterait incomplet, si je ne le faisais suivre actuellement de quelques mots relatifs à une variété des plus rares, dont je n'ai encore observé que deux cas pour ma part. Cette variété, c'est la *glossite scléreuse généralisée*.

Jusqu'ici nous avons vu les lésions de la glossite scléreuse, pour être plus ou moins étendues d'ailleurs, rester néanmoins limitées et partielles. Or, il n'en est pas toujours ainsi. En certains cas, très-rares, je le répète, ces lésions peuvent s'étendre au point de se généraliser, tout au moins d'occuper la langue dans sa presque totalité. Et alors elles communiquent à l'affection

une physionomie nouvelle, due surtout à l'énorme, à la prodigieuse tuméfaction qu'elles impriment à la langue.

Cette pièce en cire, très-habilement moulée par M. Baretta sur un malade que nous avions dans nos salles il y a quelques semaines, vous donnera immédiatement une idée exacte de la lésion (1). Veuillez l'examiner avec soin. Vous y trouverez d'abord réunis les principaux attributs des glossites scléreuses profondes, à savoir : aspect bizarre de la langue, lisse et dépapillée dans presque toute son étendue; — muqueuse rouge par îlots, et sur d'autres points devenue absolument blanche, sans doute en raison de l'excessive distension déterminée par l'infiltration sous-jacente; — mamelonnement très-accentué vers les parties postérieures; — et j'ajouterai (ce dont vous ne pouvez juger ici) induration considérable, extraordinaire, de tout l'organe. Assurément la langue du malade n'était guère moins dure au toucher que cette langue en cire. — Mais ce qui vous frappera surtout à première inspection de cette pièce, c'est la *tuméfaction énorme* de la langue, avec les déformations qui en sont la conséquence naturelle. Cette langue était assurément plus que doublée de volume, presque triplée, et cela dans toute son étendue, sauf peut-être le sixième postérieur. Aussi, voyez à quel degré elle se présente déformée. Elle figure deux grosses bosselures latérales, en dos d'âne, séparées par un sillon médian de direction antéro-postérieure, sillon commençant à la partie la plus reculée de l'organe et venant mourir vers la pointe, sillon très-creux, mesurant vers les parties centrales jusqu'à un centimètre de profondeur.

Telle est la glossite scléreuse dans sa forme généralisée.

Ce n'est là, vous le voyez, qu'une simple variété des formes précédentes, dont elle ne fait que reproduire les attributs généraux d'une façon exagérée. Elle ne présente donc en somme rien d'autrement spécial qu'une exubérance excessive de l'hyperplasie, avec tendance à la généralisation. Et de ces deux particularités résulte, comme conséquence clinique, l'excès considérable de volume imprimé à tout l'organe.

---

(1) Pièce n° 300 de ma collection particulière.

V.

GLOSSITES GOMMEUSES.

Les glossites gommeuses proprement dites sont constituées par des hyperplasies cellulaires qui, au lieu de tendre (comme celles dont nous avons parlé précédemment) à une organisation persistante et définitive, dégénèrent plus ou moins hâtivement, se nécrobiosent, et sont éliminées par un travail ulcératif.

Les hyperplasies de ce genre s'observent soit dans le derme lingual, soit dans le parenchyme même de l'organe, au-dessous de la muqueuse. De là deux variétés toutes naturelles, à savoir :

1° *Gommes muqueuses*;

2° *Gommes sous-muqueuses ou musculaires.*

Ce en quoi consistent, anatomiquement et cliniquement, ces deux variétés de lésions, je puis tout d'abord vous le dire d'un seul mot, avant d'entrer dans les descriptions spéciales qui vont suivre. Ces lésions, en effet, ne sont rien autre et rien de plus que des gommes cutanées ou sous-cutanées transportées dans la langue. C'est-à-dire qu'elles sont constituées par des tumeurs ou des infiltrations diffuses qui, primitivement solides et dures, se ramollissent ultérieurement, s'ouvrent, éliminent une matière bourbillonneuse, et aboutissent finalement à des ulcérations à ciel ouvert, ulcérations qui ou bien se cicatrisent dans un temps assez court, ou bien persistent et peuvent devenir extensives.

Examinons séparément ces lésions sur les deux siéges différents qu'elles sont susceptibles d'affecter.

1° *Gommes muqueuses.* — Les gommes muqueuses, celles qui affectent le derme lingual, constituent en quelque sorte les *syphilides gommeuses de la langue.* Quelques mots suffiront à leur sujet, car elles ne présentent rien de bien spécial et sont assimilables de tout point, comme caractères cliniques, aux gommes superficielles des muqueuses.

A leur première période, elles consistent en de petites *nodosités* développées et enchâssées dans le derme muqueux, nodosités *tuberculiformes*, arrondies, offrant le volume d'un grain de plomb, d'un pois, d'un noyau de cerise, d'un petit haricot, etc. — Elles s'accusent, sur le dos ou sur les bords de la langue (leurs deux siéges de prédilection), par un léger relief en forme de mamelon, relief assez minime parfois pour que le toucher plutôt que la vue en révèle l'existence. — Originairement, ces nodosités sont fermes, consistantes, dures, manifestement constituées par une production solide. — Elles existent en nombre variable. Quelquefois on n'en trouve qu'une seule, isolée ; plus souvent on en rencontre deux, trois ou quatre. En d'autres cas elles sont plus nombreuses, et généralement alors elles se réunissent en groupes, en « bouquet ». Il n'est même pas rare que ces groupes soient disposés en demi-cercle, en fer à cheval. De cela vous pouvez voir un bel exemple actuellement dans nos salles. Un de nos malades présente sur le dos de la langue un groupe de sept nodules gommeux ulcérés ou en voie d'ulcération, lesquels sont disposés en forme de demi-lune, d'une façon très-régulière.

Après avoir persisté un certain temps à l'état de tumeurs solides, ces nodosités gommeuses, à l'instar de toutes les gommes, tendent à se ramollir et se ramollissent progressivement. A un moment donné, elles se perforent à leur sommet par un petit pertuis, lequel s'élargit bientôt, s'ulcère excentriquement, et laisse à découvert, après quelques jours, une entamure d'étendue proportionnelle au volume de la nodosité détruite.

Le petit ulcère gommeux constitué de la sorte n'offre guère plus d'étendue que la surface de section d'un petit pois ou l'aire d'une lentille. Rarement il est plus large, de façon à mesurer le diamètre d'une pièce de 20 ou de 50 centimes. Il offre en miniature l'aspect de toutes les ulcérations gommeuses, c'est-à-dire qu'il est surtout remarquable par les quatre attributs suivants : d'ulcère creux, notablement creux eu égard à sa petite étendue, et quelquefois aussi creux que large ; — d'ulcère entaillé dans des tissus durs et manifestement infiltrés ; — d'ulcère à bords nettement découpés, souvent taillés à pic dans toute l'acception du mot, de façon à simuler une entamure faite à l'emporte-pièce ; —

enfin et surtout, d'ulcère à fond jaune-blanc, *bourbillonneux*, tapissé d'un enduit adhérent, lequel n'est autre que les débris de l'escharc gommeuse en voie de liquéfaction et d'élimination progressive.

2° *Gommes profondes ou musculaires.* — Plus importantes comme lésions que les précédentes, celles-ci constituent à proprement parler les véritables gommes de la langue. Elles réclament de nous une étude attentive.

Comme siége, d'abord, elles occupent le système musculaire de l'organe. Ce sont des gommes essentiellement *musculaires*, et M. Bouisson (de Montpellier) a fait cette remarque très-légitime que, de tous les organes musculeux, c'est la langue qui se montre le plus sujette à cette espèce de lésions (1).

Ce serait une erreur de croire qu'elles affectent indifféremment tel ou tel point du parenchyme lingual. Tout au contraire, elles ont un siége de prédilection. C'est d'une façon presque exclusive *vers la face supérieure* de l'organe qu'on les rencontre. D'une part, en effet, c'est presque invariablement sous la muqueuse dorsale de la langue, tout au moins à peu de distance de cette muqueuse en profondeur, qu'elles se développent originairement. Et, d'autre part, se sont-elles développées primitivement dans les parties centrales, elles n'aboutissent pas moins ultérieurement à se porter vers les parties supérieures. C'est là qu'elles viennent toujours proéminer, s'ouvrir et s'ulcérer. Jamais on ne les voit se frayer une voie vers les parties inférieures. Pourquoi cela ? Je ne saurais le dire ; c'est un fait que je constate seulement.

Du reste, elles paraissent occuper sans préférence marquée tel ou tel département de la face supérieure. Ainsi, on les rencontre avec une fréquence à peu près égale, soit vers les parties antérieures ou même tout à fait vers la pointe soit en arrière jusque vers la base, en des points qui se dérobent à l'examen direct et que la vue n'atteint qu'à l'aide du miroir. Remarquons seule-

---

(1) Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes, par Bouisson (*Gazette médicale de Paris*, 1846).

ment que, contrairement à une opinion assez généralement reçue, elles sont plus souvent latérales que médianes; cela du moins ressort de mes statistiques personnelles.

C'est surtout par la différence de volume que les gommes musculaires de la langue se distinguent des gommes superficielles de même siége. Leurs proportions les plus habituelles sont celles d'un haricot, d'une noisette, d'une amande. S'il en est parfois de plus petites, comparables à un pois, il en est aussi de plus grosses; on en a vu qui présentaient les dimensions d'une moitié de noix, voire d'une noix, ou d'une datte, ce qui est beaucoup plus rare.

Ces gommes intra-musculaires ont souvent une forme difficile à apprécier exactement, en raison de leur situation profonde. Le plus habituellement toutefois elles se rapprochent, autant qu'on en puisse juger, de la configuration *ovoïde*, et donnent aux doigts la sensation de ce que serait une noisette ou une olive logée dans le tissu de l'organe. Parfois encore on en rencontre d'aplaties et d'allongées en forme d'amande.

Tantôt il n'existe qu'une seule de ces tumeurs dans le parenchyme lingual. Tantôt et presque aussi fréquemment on en trouve plusieurs, c'est-à-dire deux, trois ou quatre. Il est très-rare qu'on en observe davantage, sauf dans une forme spéciale que je vous décrirai plus tard. — Lorsqu'elles sont multiples, ces gommes musculaires se présentent soit isolées et à distance, soit réunies, groupées côte à côte dans la même région.

Ainsi constituées comme lésions, quelle évolution affectent ces gommes musculaires, et comment se caractérisent-elles cliniquement ?

Comme évolution d'abord, elles observent la marche habituelle des gommes de tout siége. Et de la sorte, alors du moins qu'elles sont livrées à leur évolution propre, elles traversent successivement les quatre étapes que voici :

1° Période de formation ou de crudité ;

2° Période de ramollissement ;

3° Période d'ulcération ;

4° Période de réparation cicatricielle.

Voyons sous quel aspect elles se présentent à chacune de ces périodes.

A la période de *crudité*, ce sont des tumeurs *solides* et *dures*. On apprécie facilement ce double caractère rien qu'en promenant le doigt à la surface de la langue. On sent alors une ou plusieurs nodosités (*nodi*), que leur consistance, leur fermeté, distinguent immédiatement et d'une façon très-nette des tissus périphériques, restés souples et mous.

Il est possible, si la tumeur est minime, qu'elle ne soit appréciable que par le toucher. Cela n'est pas le cas usuel. Car, si peu qu'elle acquière un certain volume, la gomme se traduit aussitôt et à simple vue par un relief, une saillie, une *bosselure*. Cette bosselure est nécessairement en rapport avec le volume, le nombre des tumeurs, et aussi avec le degré de réaction exercée sur les parties voisines. Souvent elle est assez considérable. La langue subit alors une déformation des plus accentuées. Ainsi, en nombre de cas, on la trouve très-notablement tuméfiée en un point circonscrit, soit latéralement surtout, soit vers la pointe, soit plus rarement à la base. Il n'est pas très-rare qu'au niveau du point affecté elle soit doublée de volume pour le moins. On dit même l'avoir vue offrir une épaisseur « triple » de ses dimensions normales. — Comme exemple, voyez cette pièce, déposée au musée de Saint-Louis par un de nos collègues : une des moitiés latérales de la langue est énormément tuméfiée par une gomme et contraste avec l'autre moitié de la façon la plus frappante.

Tels sont les phénomènes qui constituent la première période de la lésion.

Cette période a toujours une assez longue durée. En moyenne, on peut l'évaluer, je crois, à deux ou trois mois.

Pendant tout ce laps de temps, la tumeur ne fait que se développer, et cela d'une façon lente, sans présenter du reste d'autres modifications intimes cliniquement appréciables. Notons cependant ce point essentiel : à mesure qu'elle s'accroît, elle se rap-

proche des parties supérieures de la langue, où elle vient constituer une saillie de plus en plus proéminente.

Deuxième période. — Puis, après avoir progressé de la sorte en conservant les caractères précités, la tumeur entre dans une phase nouvelle qui constitue la seconde période.

Cette tumeur, peu à peu, perd de sa consistance originelle. Elle devient moins ferme, moins sèche au toucher. Elle devient comme *pâteuse* dans sa zone la plus saillante. Finalement, elle arrive à se ramollir en ce point, où l'on peut percevoir quelquefois par un palper très-attentif une sensation de fluctuation obscure. Ce travail de désorganisation intime, de liquéfaction, qui se traduit cliniquement par une mollesse et une fluctuation croissantes de la tumeur, s'exagère de plus en plus. Une rupture de la coque tégumentaire, minée, usée, amincie sourdement dans ses parties profondes, est bientôt imminente. Cette rupture se produit en effet à un moment donné, et se produit sous forme d'un petit pertuis ponctiforme, à bords violacés, pertuis parfois à peine appréciable à simple vue, et que le stylet même a quelque peine à découvrir tout d'abord.

Voici la tumeur ouverte. Qu'en sort-il à ce moment, j'entends au moment même où se fait la rupture? Ce qui en sort, on ne le voit jamais, et je ne l'ai pas vu plus que d'autres. Cela pour une bonne raison, c'est que le médecin n'est pas présent à l'instant précis où se produit la perforation, c'est que le plus souvent même la perforation se produit à l'insu des malades. On n'a donc pour tous renseignements que le dire des malades, qui ne sont pas toujours d'excellents observateurs. Ce qu'ils accusent avoir rendu, quand ils se sont aperçus de l'événement, c'est «une petite quantité, quelque chose comme un crachat, d'un liquide jaunâtre, analogue à de l'*humeur*, mêlé ou non de grumeaux. et quelquefois strié de sang. »

L'ouverture ainsi faite peut rester ce qu'elle est originairement, c'est-à-dire un insignifiant pertuis. En quelques cas (relatifs, il est vrai, à des gommes de médiocre volume), je l'ai vue ne pas s'élargir ou ne s'élargir que dans des proportions minimes. Elle restait alors semblable à une petite *fistule*, et il fallait le se-

cours du stylet pour la découvrir sous forme d'un orifice à peine apparent, donnant accès dans une cavité plus ou moins large ou, pour mieux dire, dans une sorte de décollement, de soufflet sous-muqueux.

Le plus souvent, les choses ne se passent pas d'une façon aussi simple. En quelques jours, et d'une façon même remarquablement rapide, le petit pertuis s'élargit en s'ulcérant. Il s'ulcère excentriquement; et bientôt la coque superficielle de la tumeur, se trouvant détruite dans une certaine étendue, laisse à jour, laisse à ciel ouvert une plaie plus ou moins large, plus ou moins anfractueuse. C'est là le début de la troisième période, celle de la gomme ulcérée.

Troisième période. — L'ulcération gommeuse constituée de la sorte est plus ou moins étendue, plus ou moins importante comme lésion, et cela, bien entendu, suivant les proportions qu'avait acquises la tumeur initiale. On voit de ces ulcérations qui ne mesurent guère plus de 3 à 5 millimètres de diamètre. Inversement, il en est qui offrent 1, 2 ou 3 centimètres de long, sur 1 ou 2 centimètres de large.

Comme forme, ces ulcérations sont généralement ovalaires, et à grand axe antéro-postérieur. Souvent encore elles affectent une configuration plus ou moins arrondie. Il n'est pas rare non plus qu'elles se présentent sous une forme allongée ou complètement irrégulière, quelquefois même déchiquetée.

Mais voici qui a plus d'importance. Les ulcérations linguales d'origine gommeuse se distinguent en général des ulcérations d'autre nature par un certain ensemble de caractères objectifs très-essentiels à préciser. Ces caractères, je commence par vous le dire, n'ont rien de topiquement spécial, j'entends de spécial à l'organe affecté; ce sont simplement les caractères communs aux ulcères gommeux de tout siége. Résumons-les en quelques mots :

1° *Etat creux de l'ulcération.* — Toujours les ulcères gommeux sont remarquables par ce premier attribut; toujours ils sont notablement *creux*. A la langue, ils mesurent 2 ou 3 millimètres de profondeur au minimum, 5 ou 6 millimètres le plus habituelle-

ment, et souvent même davantage, jusqu'à un centimètre, voire un centimètre et demi en certains cas plus rares.

2° *Ulcère encadré par une aréole dure et rouge.* — Le pourtour de l'ulcération est constitué par une zone de tissus remarquablement durs au toucher et manifestement infiltrés. A la surface de ces tissus, la muqueuse tendue, lisse et souvent dépapillée dans une certaine étendue, offre une coloration d'un rouge sombre, violacé.

3° *Ulcère à bords nettement entaillés*, c'est-à-dire découpés verticalement et à pic, descendant en pente raide vers le fond de la lésion, adhérents en général, rarement décollés.

4° Et surtout — caractère majeur — *ulcère à fond bourbillonneux.* — Cet ulcère est « de mauvaise mine », comme on dit vulgairement, à savoir : d'une part, inégal, irrégulier de fond, anfractueux, et, d'autre part, jaunâtre ou jaune-gris, diphthéroïde d'aspect, ou mieux *bourbillonneux*, c'est-à-dire revêtu d'enduits adhérents qu'on ne peut détacher ni par le lavage, ni par le pinceau, et qui sont constitués par des eschares de tissu gommeux en voie d'élimination.

La réunion de ces quatre attributs confère à l'ulcération gommeuse une physionomie assez particulière pour être nettement distinctive dans le plus grand nombre des cas. Jugez-en au surplus par cette pièce dont je dois la communication à mon savant collègue et ami le Dr Horteloup, et qui est un spécimen accompli de la lésion qui nous occupe actuellement. Vous voyez là trois ulcérations gommeuses occupant la partie moyenne de la langue, toutes trois ovalaires de forme et à grand diamètre antéro-postérieur. Remarquez combien ces ulcérations sont nettement découpées, et combien elles sont creuses. L'une d'elles mesure plus d'un centimètre en profondeur. Remarquez aussi la mauvaise apparence, le mauvais aspect de leur fond, tout tapissé d'enduits gris-jaunâtres, pultacés, bourbillonneux (1). — Ce sont là, je vous le répète, des types parfaits d'ulcérations gommeuses.

---

(1) Voy. planche II.

Ces trois périodes accomplies, que devient au delà la lésion?

Soumise à un traitement convenable, l'ulcération gommeuse se répare et se cicatrise assez facilement, au moins dans la grande majorité des cas. Cette phase terminale de la lésion se caractérise par l'ensemble des phénomènes qui composent l'évolution régressive de tout ulcère gommeux. C'est-à-dire que le fond de l'ulcère achève de se déterger, prend une physionomie meilleure, s'élève, bourgeonne, revêt l'aspect d'une plaie simple, et est envahi progressivement par la cicatrisation.

La cicatrice qui succède à la gomme linguale profonde est presque toujours plus ou moins déprimée, en forme de vallonnement ou de capiton sur les parties plates de l'organe, en forme de crénelure sur les parties marginales. Habituellement, toutefois, elle est moins déprimée, moins importante qu'on ne s'y attendrait, eu égard à l'excavation creusée dans le parenchyme lingual. Il est remarquable, en effet, que sur les muqueuses et sur la langue en particulier, la restauration des tissus se fasse d'une façon plus complète et plus intégrale que sur les téguments cutanés. Quelquefois ainsi l'on est étonné, après guérison, de ne trouver comme vestige d'une gomme de moyen volume qu'une dépression légère ou qu'une cicatricule linéaire à peine apparente. En d'autres cas, il est vrai, une perte de substance véritable, une entaillure, avec déformation persistante et ineffaçable, succède à la lésion.

Non traité, l'ulcère gommeux de la langue peut encore guérir, comme j'en ai eu la preuve. Mais souvent aussi il lui arrive de persister. Il persiste surtout lorsqu'il est irrité par défaut d'hygiène locale ou par excitations surajoutées. Et alors, de deux choses l'une : ou bien il persiste en restant à peu près stationnaire comme étendue, avec un fond rouge, purpurin, végétant ; ou bien il persiste en progressant, en s'étendant peu à peu, probablement sous l'influence d'une prolifération gommeuse périphérique, qui se forme et se détruit à mesure, excentriquement.

Que deviendrait et que durerait cet état de choses, si l'affection était abandonnée indéfiniment à elle-même, sans le secours d'aucune médication locale ou générale ? Cela, nous l'ignorons,

Messieurs, car nous ne trouvons guère de malades dotés d'une incurie assez chronique pour tolérer en patience de telles lésions, sans recourir à un traitement quelconque. Mais ce que nous savons tout au moins par quelques exemples, c'est que des ulcérations gommeuses de la langue ont pu durer longtemps, très-longtemps. J'en ai vu, pour ma part, qui dataient de six mois, de huit mois, d'un an, de deux ans. Et il y a plus. Dans le journal anglais *The Lancet* (1), vous trouverez un fait très-curieux, relatif à une ulcération linguale tertiaire qui ne remontait pas à moins de *vingt années*, de vingt années pendant lesquelles le malade ne s'était soumis à aucun traitement! Et notez immédiatement ceci, comme démonstration de ce que peut la médication spécifique en pareille occurrence : cette ulcération persistait depuis vingt ans en l'absence de tout traitement ; on administre le mercure, et, dès le quatrième jour du traitement, elle commence, dit l'observateur, à se réparer ; le vingt-huitième jour, elle est guérie ! Quel fait, entre mille autres, à l'adresse de ceux qui, je ne sais par quel inexplicable aveuglement, nient l'influence du mercure dans la syphilis et proposent de substituer à ce merveilleux remède la stérile et dangereuse expectation !

VI.

Telle se présente, Messieurs, la glossite gommeuse dans la grande généralité des cas.

Mais cet exposé resterait incomplet, si je ne le faisais suivre actuellement d'un court appendice, relativement à certains cas d'un ordre beaucoup plus rare. Ces cas comprennent ce que j'appellerai :

D'une part la *forme confluente* ;

Et, d'autre part, la *forme phagédénique*.

I. *Forme confluente.* — Je vous ai dit que le nombre des lésions qui constituent la glossite gommeuse n'est, en général, que mi-

---

(1) Cure of ulceration of the tongue which had existed twenty years, by A. Leared, The Lancet, 1865.

nime. Dans les cas les plus communs, c'est à une, deux ou trois gommes seulement qu'on a affaire. Mais quelquefois aussi, comme vous le savez déjà par ce qui précède, ce nombre peut s'élever. Il peut s'élever jusqu'au chiffre de 5, 6, 7, 8 et 10 noyaux gommeux. Ainsi, j'ai vu tout récemment en ville un malade qui portait sur la face supérieure de la langue sept petits nodules gommeux, comparables à des pois ou à des noyaux de cerise. Un cas absolument semblable s'est présenté à vous ici même, il y a quelques mois.

Or, deux alternatives sont possibles.

Dans la très-grande majorité des cas, ces nodules gommeux multiples restent petits, ou tout au plus moyens, médiocres en un mot comme développement. Et alors l'aspect général de la langue affectée de la sorte n'est que peu modifié par la confluence inusitée des lésions.

Bien plus rarement et d'une façon qu'on peut presque qualifier d'exceptionnelle, les noyaux gommeux confluents deviennent plus ou moins volumineux, atteignent les proportions d'une noisette, d'un œuf de pigeon, d'une petite noix. Inutile de dire s'ils modifient dans ce cas le volume de l'organe et s'ils en altèrent la forme. Ils bossellent la langue d'une façon étrange, ils la défigurent. Concevez enfin la lésion portée à son maximum de développement, et c'est alors que vous aurez affaire à ces langues décrites comme « rembourrées de noisettes », mamelonnées, marronnées, gigantesques, je dirai presque éléphantiasiques ; à ces langues que la bouche devient insuffisante à contenir, qui débordent les arcades dentaires, dépassent l'orifice labial, et viennent pendre au devant du menton. On a vu une de ces langues gigantesques et à procidence extraordinaire dépasser même le menton. Le cas est de M. Cloquet et mérite d'être signalé en quelques mots. Il est relatif à un malade qui portait dans la langue quatre tumeurs, chacune du volume d'une petite noix. Sous l'influence de ces lésions, dont l'origine remontait à dix-huit mois, la langue avait pris un développement monstrueux. Elle avait été chassée de la bouche et « descendait à trois pouces au-dessous du niveau du menton ». Quelle incroyable procidence ! Dans cet état, « le malade était constamment inondé d'une très-abondante salive ; il ne

pouvait plus parler que d'une façon presque inintelligible ; il ne respirait et n'avalait qu'avec une difficulté extrême ». Si bien que plusieurs médecins avaient jugé l'affection de nature *cancéreuse*. Mandé en consultation, M. Cloquet reconnut ou soupçonna la syphilis, et prescrivit le bi-chlorure de mercure. Après quinze jours d'usage de ce remède, une amélioration telle s'était produite que déjà la langue ne descendait plus au-dessous du menton. Huit à dix mois plus tard, la langue était rentrée dans la bouche. Au vingt-huitième mois, la guérison était complète (1).

Il va sans dire, Messieurs, que, dans les cas de ce dernier genre, l'excessif volume et la procidence de la langue entraînent à leur suite des troubles fonctionnels des plus accentués : troubles de mastication, de phonation, de déglutition, de respiration, etc. ; salivation surabondante; insomnie, désordres nerveux, amaigrissement et affaiblissement consécutifs, etc. ; tous phénomènes qui, s'ils persistaient audelà d'un certain temps, ne tarderaient guère assurément à menacer la vie.

Les cas de cet ordre, du reste, sont excessivement rares, je vous le répète. Et quant au fait de M. Cloquet, il n'a pas, je crois, d'analogue dans la science.

II. *Forme phagédénique.* — Les ulcérations gommeuses de la langue sont souvent larges et excavées, sans être pour cela phagédéniques. En réalité, elles n'aboutissent que rarement au phagédénisme véritable.

Quand elles deviennent phagédéniques, elles affectent soit la forme serpigineuse, soit la forme térébrante, soit encore une forme mixte, participant des deux types précédents.

Les *ulcérations serpigineuses* de la langue sont, le plus habituellement du moins, des ulcérations qui, nées sur le dos ou les bords de l'organe, se portent ensuite en arrière, vers les parties les plus postérieures, et tendent à descendre jusque dans la rigole glosso-laryngée, au devant de l'épiglotte. Elles ne se présentent que rarement à l'observation.

---

(1) Ce fait se trouve relaté in extenso dans un très-intéressant et remarquable mémoire de M. G. Lagneau sur les *Tumeurs syphilitiques de la langue*, lu à la Société de médecine de Paris (Gaz. hebdomadaire, 1859, nos 32, 33, 35).

Les *ulcérations térébrantes* sont plus rares encore. Un exemple vous en est offert actuellement par la malade couchée au lit n° 12 de la salle Saint-Thomas. Cette malheureuse femme, dont je vous ai déjà souvent parlé à d'autres propos, est affectée, vous le savez, d'un lupus tertiaire de l'arrière-gorge, lequel, quatre fois guéri déjà, en est aujourd'hui à sa cinquième poussée. Or, lors de cette dernière récidive, la langue s'est prise sur deux points, au niveau de l'isthme guttural ; et il s'est produit là, tout à fait vers la base de l'organe, deux larges ulcérations, très-creuses, très-profondément excavées, dont les moindres particularités objectives vous ont été révélées par le miroir laryngoscopique.

Second et plus terrible exemple, bien digne d'être cité. Dans le cours d'une syphilis tertiaire, féconde en accidents aussi multiples que graves, un de mes malades de la ville présenta une lésion gommeuse de la langue siégeant sur la moitié droite de l'organe, au niveau des grosses molaires environ. Cette lésion ne tarda pas à s'ulcérer, en dépit du traitement. A peine constituée, l'ulcération s'élargit aussitôt, se creusa simultanément, devint gangréneuse d'aspect, et arriva à mesurer 6 à 7 centimètres de long sur 2 de large, avec une profondeur de 12 à 15 millimètres. Une médication des plus intenses fut alors mise en œuvre et parvint à enrayer les progrès du mal. Dans l'espace de trois mois, une cicatrisation complète put être obtenue. Mais trois autres mois s'étaient à peine écoulés que de nouvelles lésions gommeuses se produisaient au voisinage de l'ancienne, et que la cicatrice même de cette dernière se rouvrait. Une seconde ulcération se forma alors sur le territoire de la première et en dépassa même les limites. Bientôt elle s'excava profondément, et aboutit à constituer une cavité énorme *où l'on aurait facilement logé le pouce*. Le fond de cette véritable *caverne* gommeuse était absolument gangréneux d'apparence. Et lorsque, pour déterger les parties, je promenais sur elles un pinceau de charpie, j'en détachais une sorte de bouillie putrilagineuse d'un vert noirâtre, horriblement fétide, contenant des lambeaux escharifiés du parenchyme lingual. C'était la langue qui s'en allait de la sorte en déliquium ! Les troubles fonctionnels et l'état général déterminés par cette affreuse lésion furent de nature à m'inspirer, pendant quelque

temps au moins, les plus sérieuses alarmes. Le malade guérit cependant, après plusieurs mois d'un traitement mixte par les frictions mercurielles, l'iodure et les toniques.

VII.

J'en ai fini, Messieurs, avec l'exposé du double ordre de lésions qui composent les glossites tertiaires.

Si j'ai réussi à vous définir nettement les deux types pathologiques qui viennent de nous occuper, vous avez dû saisir les différences qui les séparent, et vous devez être convaincus qu'ils constituent bien réellement, comme je vous le disais au début de cette étude, deux modalités morbides distinctes, très-dignes d'être décrites individuellement et décrites sous des appellations différentes. Cette distinction n'avait pas été faite jusqu'à nos jours; elle mérite, si je ne m'abuse, d'entrer dans la pratique actuellement.

Ce qui suivra d'ailleurs, au point de vue des symptômes, du pronostic et du traitement, achèvera, je l'espère, de vous confirmer dans la conviction que vous avez pu acquérir sur ce point par l'étude anatomique des lésions.

Résumant donc d'une façon sommaire les divers éléments de la discussion précédente, nous arrivons à ceci comme conclusions :

I. La syphilis tertiaire se traduit sur la langue, comme sur les autres viscères, par des lésions de forme hyperplasique .

II. Mais les hyperplasies qu'elle y détermine ne sont pas toutes identiques comme évolution , comme symptômes, comme terminaison. Il y a lieu, au contraire, d'en distinguer deux formes, à savoir :

1° Hyperplasies aboutissant à des *scléroses*;

2° Hyperplasies aboutissant à des *gommes*.

Sans doute, ces deux modalités morbides affectent de l'une à l'autre des affinités multiples et se rapprochent par d'incontestables analogies. Ainsi, toutes deux consistent originairement en des hyperplasies; toutes deux affectent le même processus

aphlegmasique, la même insidiosité de développement; parfois encore elles peuvent être unies, associées, etc. Mais, la part faite à ces analogies, des différences saillantes s'imposent aussitôt. De ces hyperplasies, en effet, les unes, à peine produites, tendent à une organisation fixe, permanente, définitive ; — les autres inversement, composées sans doute d'éléments moins vivaces, tendent à se détruire presque aussitôt, et ne sauraient subsister dans l'organisme au titre de tissus vivants. — De ces hyperplasies, les unes sont et restent sèches, « plastiques», comme on disait autrefois ; elles ne s'ulcèrent pas, ou ne s'ulcèrent qu'éventuellement, par accident; l'ulcération n'est pour elles qu'un épiphénomène, résultant de causes surajoutées ; l'ulcération, en tout cas, n'est pour elles qu'une complication qui les aggrave, sans les éliminer, sans en purger l'organisme; — les autres, au contraire, sont vouées en naissant à l'ulcération; abandonnées à elles-mêmes, elles s'ulcèrent nécessairement, fatalement; et l'ulcération est pour elles un processus curatif, éliminateur, terminal, qui en débarrasse l'économie. — En un mot, les unes persistent *in situ*, les autres meurent *in situ*; voilà ce qui constitue la différence essentielle qui les sépare.

Aux lésions du premier ordre nous réservons le nom de *scléroses*. A celles du second ordre, seulement, s'applique l'ancienne dénomination de *gommes*, sous laquelle les unes et les autres avaient été indistinctement décrites jusqu'alors.

Nous ne connaissons encore les glossites tertiaires que comme lésions. Il me reste à vous parler actuellement des troubles fonctionnels qu'elles suscitent, du pronostic qui s'y rattache, et du traitement qui doit leur être opposé. Il me reste surtout à les différencier d'autres lésions de même siége susceptibles de les simuler et d'être confondues avec elles. Ces divers points formeront le sujet de notre prochaine réunion.

VIII.

Troubles fonctionnels. — Deux faits majeurs inaugurent et dominent la symptomatologie des glossites tertiaires. Ces deux faits sont : d'une part, l'insidiosité absolue du début, et, d'autre part,

la bénignité remarquable des phénomènes cliniques pendant toute la période qui prélude à l'ulcération.

Examinons en particulier chacun de ces points.

1° *Insidiosité de début.* — Toujours (ou du moins bien peu s'en faut) les lésions qui constituent les glossites tertiaires se produisent originairement *à l'insu des malades,* et ne sont constatées par eux qu'à une époque où elles ont acquis déjà un certain développement. Dans la plupart des cas, c'est un hasard qui les révèle aux malades, un jour qu'ils se regardent ou se touchent la langue ; ou bien encore ils en sont avertis par un sentiment de gène légère qui les porte à s'examiner la bouche. Parfois même c'est le médecin qui est le premier à découvrir ces lésions, en inspectant la langue pour un motif ou pour un autre. Cela m'est arrivé deux fois, sur des clients qui venaient me consulter pour des accidents syphilitiques d'autre siége.

Nous sommes donc pleinement autorisés à dire que ces lésions se développent à leur origine d'une façon absolument insidieuse.

2° *Bénignité remarquable des phénomènes cliniques pendant toute la période antérieure à l'ulcération.*

Cela s'applique à la fois aux formes scléreuses et aux formes gommeuses des glossites tertiaires.

Que trouvons-nous, en effet, comme symptômes des lésions scléreuses, à une époque où ces lésions ne sont pas encore compliquées de leurs épiphénomènes habituels d'érosion et d'ulcération? Peu de chose, très-peu de chose, en général. D'abord, pas de douleurs vraies, telles qu'élancements, tension, brûlure, etc. Pas de ptyalisme, digne du moins de fixer l'attention. Rien autre que ceci: sensibilité légère de l'organe dans la mastication, surtout au contact de certains aliments durs, grenus, ou acides, piquants, âcres, etc. ; — et certaine gêne, certain embarras de la langue, qui « est raide », comme disent les malades, qui est moins agile, comme maladroite, qui se laisse mordre de temps à autre. Cette gêne se traduit surtout dans l'articulation des sons. Ainsi, sans être véritablement troublée, la parole est quelque peu pénible et défectueuse par instants. Moins maîtresse de ses mouvements,

la langue hésite sur certaines syllabes, ou ne les émet qu'avec difficulté, d'une façon incorrecte.

Et c'est tout. Aucun autre phénomène important ne s'ajoute à ces troubles légers.

Il en est de même pour les lésions gommeuses, superficielles ou profondes, dans leur période de formation.

Pas plus que les scléroses, en effet, les gommes de la langue ne s'accompagnent de douleurs dans leur développement. Alors qu'elles naissent, alors qu'elles se constituent, elles restent parfaitement *indolentes*. Elles ne troublent jamais les fonctions de l'organe que mécaniquement. Tout ce qu'elles déterminent, dans les premières périodes de leur évolution, se borne également à un certain degré de gêne, d'embarras dans les mouvements de la langue, à un certain agacement de l'organe, tel que celui qui résulterait de la présence d'un corps étranger. C'est là seulement ce qu'accusent les malades, alors qu'on les interroge avec soin sur les sensations qu'ils éprouvent. « Je ne souffre pas, nous disait ces jours-ci un des malades de la salle Saint-Louis, affecté d'une gomme linguale assez volumineuse ; je n'ai pas de douleur, à proprement parler ; mais je sens dans ma langue quelque chose qui me gène pour articuler et pour manger, comme si elle était traversée par une arête de poisson ». Un autre de mes clients disait sentir « comme une tête de clou » dans sa langue, etc.

A cette gène toute mécanique s'ajoute seulement, alors que le ramollissement commence à se produire, une sorte d'endolorissement vague et diffus de la langue, avec quelques élancements passagers.

Tout cela, vous le voyez, Messieurs, est bien léger sans doute, et, à coup sûr, cette bénignité initiale des glossites tertiaires est digne d'être notée.

Il n'est guère d'exception à la règle qui précède que pour les cas où la tuméfaction de la langue dépasse de certaines limites : par exemple, dans les cas de glossite scléreuse généralisée ou de gommes linguales à la fois multiples et volumineuses. Un fait

mécanique trouble alors gravement les fonctions de l'organe. En raison de son excès de volume, la langue est mal à l'aise dans la bouche et n'exécute plus que péniblement les mouvements si variés et si délicats qui lui sont dévolus. De là des désordres qui, bien entendu, n'ont rien de spécial à la syphilis et qui sont identiques à ceux qu'on observe dans toutes les glossites hypertrophiques. Mais, ici encore, pas de douleurs véritables, du moins tant que l'ulcération ne s'est pas produite. Rien autre qu'un sentiment de gène dans la langue. C'est ainsi, par exemple, que le malade dont je vous ai parlé précédemment et qui présentait cette énorme langue affectée de sclérose généralisée (pièce n° 300) ne souffrait pas, affirmait ne pas souffrir, jusqu'au jour où des ulcérations vinrent à se manifester sur divers points. En revanche, une fois ces ulcérations produites, la langue devint extrêmement sensible, endolorie d'une façon continue, et très-douloureuse spécialement au contact des aliments et des boissons.

Donc, avant la période d'ulcération, pas ou peu de douleurs, pas ou peu de troubles fonctionnels, voilà le fait normal, presque constant.

Mais commence la période d'ulcération. La langue scléreuse se fissure, se crevasse, s'exulcère sur ses bords ou sa face dorsale ; la langue gommeuse s'ouvre et s'excave sur un ou plusieurs points. Aussitôt alors la scène change. La douleur apparaît, et avec la douleur se manifestent des troubles fonctionnels corrélatifs. Précisons.

D'abord, quelle est, au juste, la douleur dans les glossites tertiaires ?

La langue ulcérée par la syphilis est-elle douloureuse *spontanément*? Non. Au repos, alors qu'aucune cause ne l'excite, elle n'est pas douloureuse à proprement parler. Elle est sensible seulement, et c'est tout. Elle n'est jamais ou presque jamais (sauf dans le cas de complications inflammatoires ou d'irritations passagères) le siége de ces élancements, de ces douleurs pongitives, qu'on observe dans le cancer. Je ne l'ai vue aussi que rarement devenir le point de départ de ces irradiations pénibles vers l'oreille qu'on a signalées dans cette dernière maladie.

Mais, indolente spontanément, la langue affectée d'ulcérations tertiaires est douloureuse *par excitations surajoutées*, c'est-à-dire douloureuse au contact des aliments, surtout des aliments durs (tels que la croûte de pain) ou s'émiettant en parcelles grenues (amandes, noix, etc.) ; — douloureuse au contact des aliments salés, acides, chauds, âcres (salade, oranges, moutarde, piment, etc.), ou des boissons alcooliques, du vin même qui, pur, est toujours mal toléré ; — douloureuse au contact de la fumée de tabac ; — douloureuse enfin par le frottement contre des dents incrustées de tartre, cassées en chicot, à arêtes saillantes, acérées.

Comme degré, notons que la douleur acquiert une bien plus haute intensité dans les formes scléreuses que dans les formes gommeuses. De larges gommes, profondément excavées, ne donnent lieu, en général, qu'à des souffrances moyennes ou médiocres ; tandis que des érosions même petites et superficielles, développées sur une langue scléreuse, de simples crevasses, deviennent souvent l'origine de douleurs aiguës et entretiennent dans l'organe un état d'agacement, d'éréthisme nerveux, des plus insupportables. C'est là un fait que maintes et maintes fois j'ai constaté et que vous avez constaté comme moi sur nos malades.

Avec l'apparition de la douleur coïncident divers troubles fonctionnels, généralement proportionnels au degré de sensibilité de la langue. A ne citer que les principaux, ces troubles sont les suivants : salivation accrue, ptyalisme, comme dans toutes les lésions de la bouche ; — embarras notable des mouvements de l'organe, se traduisant par une gêne dans la mastication, par une gêne à un degré moindre dans la déglutition, et surtout par un trouble plus ou moins accusé de la parole, qui est mal articulée, empâtée, indistincte sur certaines syllabes ; on dirait (ce qui d'ailleurs n'est pas loin de la vérité) que les malades parlent avec une langue immobilisée.

Ajoutez à cela (mais seulement pour quelques cas exceptionnels) une obtusion du goût plus ou moins accusée, alors que la langue est affectée sur une très-grande étendue ; —une gêne in-

tense de la déglutition, alors que des ulcérations étendues, profondes, phagédéniques, occupent la base de l'organe ; — une altération fétide de l'haleine, quand il s'est produit des ulcérations gangréniformes ; — et vous aurez l'ensemble des phénomènes par lesquels se traduisent d'habitude les glossites tertiaires ulcérées.

Deux remarques actuellement sur la symptomatologie qui précède.

D'abord, les divers troubles que nous venons de signaler ne présentent *rien de spécial*. Ce sont tous des symptômes communs, vulgaires, identiques à ceux qu'on observe avec des lésions de tout genre, et n'empruntant aucun caractère spécifique à la cause spécifique dont ils dérivent.

En second lieu, ce sont (réserve faite pour certaines exceptions rares) des troubles d'intensité *moyenne*, n'affectant presque jamais un caractère d'acuité, de violence, qui dépasse un diapason moyen. Ainsi, dans les glossites tertiaires même les plus accentuées, la douleur et les troubles fonctionnels qui en dérivent n'excèdent guère une certaine limite, limite certes inférieure à celle qu'atteignent d'autres maladies de la bouche, telles par exemple que la stomatite mercurielle, dans ses formes intenses, et le cancer. Les malades affligés de scléroses ou de gommes linguales souffrent assurément et ont la langue empêchée dans ses mouvements à un degré variable ; mais assurément aussi, je vous le répète, ils souffrent moins, ils salivent moins, ils sont moins infirmes de la langue — pardon de l'expression — que d'autres malades affectés d'un cancroïde ulcéré ou d'une glossite mercurielle. En général, donc, les ulcérations tertiaires de la langue sont mieux tolérées, relativement, que d'autres lésions de même siége, mais de nature différente. — Et cette remarque s'applique bien plus encore aux ulcérations gommeuses, c'est-à-dire aux ulcérations syphilitiques proprement dites, qu'à celles de la sclérose, simples épiphénomènes vulgaires de lésions spécifiques.

IX.

Etat des ganglions. — Les ganglions sont-ils touchés par les glossites tertiaires? Question grave, question essentielle au point de vue diagnostique.

La règle, c'est que *les glossites tertiaires, scléreuses ou gommeuses, n'éveillent aucune réaction, aucun retentissement sur les glandes lymphatiques.*

Je ne connais pas d'exception à cette règle en ce qui concerne les glossites de forme scléreuse. Il n'en est pas tout à fait de même pour celles de forme gommeuse. En quelques cas très-rares, on a signalé, au voisinage des gommes linguales, des engorgements ganglionnaires manifestement symptomatiques. Chez le malade, par exemple, qui présentait cet effroyable phagédénisme tertiaire de la langue dont je vous ai entretenus précédemment, plusieurs glandes étaient prises et figuraient de grosses noisettes au-dessus de l'os hyoïde et sur les parties latérales du cou.

De quelle nature sont les adénopathies qui se produisent en pareil cas? Faut-il les considérer comme des adénopathies simples, purement inflammatoires, ou bien au contraire comme des adénopathies gommeuses concomitantes? C'est là ce que je ne saurais dire, car je n'ai pas encore eu l'occasion d'examiner anatomiquement une lésion de ce genre. En tout cas, je n'ai jamais vu ces adénopathies s'abcéder. Elles persistent plus ou moins longtemps, à l'état de tuméfactions froides, indolentes, chroniques d'évolution, puis se résorbent et disparaissent avec la guérison des ulcérations linguales; voilà tout ce qu'on en sait jusqu'à ce jour.

D'ailleurs, je vous le répète encore et à dessein, ces adénopathies symptomatiques de gommes linguales sont extrêmement rares, absolument *exceptionnelles.* Elles font défaut, sinon toujours, au moins dans l'énorme majorité des cas. De cela vous verrez l'importance dans un instant, alors que nous aborderons le chapitre du diagnostic différentiel.

X.

Evolution, durée. — Déjà, par ce qui précède, vous connaissez l'évolution et la durée propres à chacune des deux formes que peuvent affecter les glossites tertiaires. Je ne reviens donc sur ce point que pour résumer et mieux faire ressortir par un exposé parallèle les notions acquises antérieurement.

I. Les glossites de forme scléreuse sont essentiellement chroniques.

Développées lentement et sourdement, elles continuent à progresser de même, jusqu'à leur dégénérescence ultime en tissu scléreux.

Susceptibles de résolution et de guérison, si elles sont attaquées de bonne heure par un traitement énergique, les hyperplasies de cet ordre persistent au contraire, s'aggravent et aboutissent à l'état scléreux, si elles sont abandonnées à leur évolution propre.

Enfin, une fois arrivées à l'état scléreux, elles restent ce qu'elles sont, sans autres modifications que celles qui résultent des épiphénomènes ulcéreux. Ce sont alors des lésions acquises, permanentes, *définitives*.

II. Les glossites de forme gommeuse procèdent aussi d'une façon lente et sourde à leur début, comme du reste toutes les hyperplasies froides et aphlegmasiques de la vérole.

Mais, une fois constituées, elles tendent bientôt à se détruire. Elles se font justice elles-mêmes, si je puis ainsi parler, en se nécrobiosant, en se ramollissant, en s'éliminant de l'organisme.

Elles se convertissent alors en un mode nouveau de lésions, en ulcérations d'un caractère spécial, lesquelles affectent une marche et une durée variables suivant qu'elles sont ou non traitées, mais qui, soumises à un traitement régulier, se réparent et se cicatrisent facilement, sauf exceptions rares.

De sorte qu'en somme l'*existence de ces glossites gommeuses est nécessairement limitée* et *relativement courte*, eu égard surtout à ce que sont les glossites scléreuses.

Les glossites gommeuses, en un mot, sont des lésions qui se terminent, qui ont une fin, tandis que les glossites scléreuses, les véritables scléroses linguales, n'ont pas de fin et persistent à l'état de fait acquis, de lésions irremédiables, définitives.

XI.

Pronostic. — De ce qui précède vous avez déjà déduit tout naturellement, Messieurs, le pronostic inégal de ces deux ordres de lésions.

I. Les glossites gommeuses sont assurément des affections plus importantes d'aspect que les glossites scléreuses. D'abord, elles constituent des tumeurs et parfois de grosses tumeurs, qui peuvent déformer, bosseler étrangement la langue. Puis, elles déterminent à la surface ou dans la profondeur de l'organe des ulcérations plus ou moins creuses, plus ou moins étendues, multiples parfois, et susceptibles d'aboutir au phagédénisme, etc. Mais, au total, ce ne sont que des gommes, c'est-à-dire des lésions destinées à s'éliminer et à disparaître. Qu'elles deviennent parfois l'origine de troubles sérieux, qu'elles créent même des dangers véritables par le fait d'ulcérations extensives, phagédéniques, menaçant de se propager au larynx, cela peut bien être; mais ce n'est là le propre que de cas rares, très-rares, tout à fait exceptionnels. Ajoutez d'ailleurs que les lésions gommeuses sont, en général, justiciables du traitement spécifique, qui exerce sur elles une action résolutive et curative des plus marquées. De sorte qu'en définitive ce sont des lésions plus effrayantes en apparence que graves en réalité ; ce sont, si vous me permettez de parler ainsi, des lésions tapageuses, qui font grand fracas, pour aboutir le plus souvent à guérison d'une façon rapide et facile, sous l'influence d'une médication appropriée.

II. Tout au contraire, plus modestes d'allure, les glossites scléreuses sont de fait bien plus redoutables.

Attaquées de bonne heure, elles peuvent se résoudre et guérir, guérir même complétement. A preuve la malade du n° 21 de

la salle Saint-Thomas. Entrée ici, il y a quelques mois, avec une glossite scléreuse (de forme superficielle, il est vrai), cette femme nous a quittés ayant la langue dans un parfait état, tout au moins ne présentant plus sur le dos de l'organe que deux traînées lisses et blanchâtres.

Traitées plus tardivement, elles sont encore susceptibles de se modifier dans une certaine mesure, mais non de guérir complétement.

Et enfin, devenues véritablement scléreuses, dégénérées en tissus fibreux, elles sont irremédiables, quoi qu'on puisse faire.

Comme exemple, voyez ce qui est advenu à deux des malades de la salle Saint-Louis, affectés de glossites scléreuses déjà quelque peu anciennes. Quels résultats nous a fournis dans l'espèce le rigoureux traitement interne et externe que nous leur avons administré et qu'ils ont suivi avec grande exactitude, j'en suis sûr? Les ulcérations se sont cicatrisées, quelques-uns des mamelons dorsaux se sont aplanis et ont diminué de consistance; quelques-uns des sillons se sont comblés partiellement. C'est là, je l'accorde, un effet heureux de la médication, et les malades s'en applaudissent. Mais ce n'est là tout au plus qu'une demi-guérison, car la surface de la langue, chez l'un et l'autre de ces malades, reste bosselée, lobulée, dure par îlots, parcourue par des sillons encore très-marqués. Eh bien, tel est ce qu'on obtient, en général, par le traitement même le plus énergique, alors qu'on n'intervient pas de très-bonne heure. Il n'est rien à espérer de mieux; et, actuellement, nous traiterions ces deux malades pendant des années entières, nous les gorgerions indéfiniment de mercure et d'iodure, que nous ne parviendrions à rien de plus satisfaisant.

Jugez donc combien les scléroses sont plus à craindre que les gommes, et cela précisément en raison de leur tendance à une organisation vivace et définitive, sur laquelle le traitement n'exerce plus d'action.

Autre point.

Le pronostic des glossites tertiaires est singulièrement aggravé

par la possibilité, disons mieux par la fréquence des *rechutes* ou des *récidives*.

Les glossites scléreuses, d'abord, sont essentiellement sujettes à rechutes, sans parler des récidives véritables qui peuvent se produire, alors que le malade, ce qui est rare, s'est heureusement tiré d'une première atteinte. Lors même qu'elles sont guéries dans la mesure que vous savez, elles laissent, pour ainsi dire, une queue après elles ; elles laissent des lésions qui restent sujettes à des excitations nouvelles, qui s'érodent, s'excorient, s'ulcèrent plusieurs fois de suite, voire indéfiniment, sans même que l'influence syphilitique puisse être invoquée comme cause de tels accidents. Ces sujets à moitié guéris dont je viens de vous parler, quel sort les attend dans l'avenir, à moins qu'ils ne se soumettent à une hygiène locale des plus sévères ou peut-être même en dépit de cette hygiène ? S'ils fument, s'ils boivent, s'ils ne surveillent minutieusement l'état de leurs dents et de leur bouche, il est absolument certain qu'ils verront dans quelques mois ou plus tard leur langue s'enflammer à nouveau, se crevasser dans le fond des sillons, se tuméfier, s'ulcérer par places, redevenir douloureuse, reproduire les mêmes troubles fonctionnels dont ils sont actuellement délivrés (1). Et même, malgré toutes les précautions imaginables, je vous le répète, il est possible que la rechute ne se produise pas moins.

En second lieu, les glossites de forme gommeuse récidivent quelquefois après guérison. Rappelez-vous à ce propos le fait

---

(1) Cette prévision vient de se réaliser (septembre 76) pour l'un des malades dont il a été question antérieurement. Ce malade affecté d'une glossite scléreuse profonde, représentée sur la pièce n° 9 de ma collection particulière, était sorti de nos salles, au mois d'avril, dans l'état de demi-guérison que je viens de décrire. Depuis lors, il a continué à se traiter, à se gargariser ; il n'a pas fumé, il n'a pas commis d'excès alcooliques. Et cependant, en septembre, il est revenu vers nous, présentant tout le bord gauche de la langue couvert de nombreuses érosions, les unes fissuraires, les autres plus ou moins étalées, toutes très-douloureuses. — Recherchant la cause qui avait pu déterminer ou favoriser la rechute, il nous a semblé que l'état des dents incrustées de tartre n'y était pas étranger. Et, en effet, le nettoyage de ces dents a suffi pour amener immédiatement une détente notable des phénomènes inflammatoires.

d'un malade dont je vous ai longuement entretenus. Atteint une première fois d'une gomme linguale à tendance menaçante, il guérit. Mais, trois mois plus tard, il se vit affecté au même siége d'une autre gomme plus volumineuse, qui s'ulcéra, devint phagédénique, et détruisit une bonne portion de l'organe, latéralement.

Mais il y a plus encore, et ici prend place un fait des plus intéressants.

On a vu, soit dans les formes scléreuses, soit dans les formes gommeuses, des récidives se produire plusieurs fois de suite, se produire à satiété, et cela tantôt sous l'influence d'une cause d'excitation permanente, tantôt même sans cause provocatrice.

Ces cas de *récidives répétées* ou *incessantes* sont peu connus, en général. Ils méritent de l'être cependant, et je ne saurais mieux faire, ce me semble, pour attirer sur eux votre attention, que de vous en citer deux exemples empruntés à mes notes. Les voici :

Premier cas, relatif à des gommes. Un malade, que j'ai eu l'occasion de traiter en ville, a été affecté *pendant neuf années consécutives* de gommes linguales multiples, au nombre de 6 à 9, et d'un volume comparable à un noyau de cerise. Ces gommes, suivant l'expression du malade, « ne faisaient qu'aller et venir, apparaître et disparaître ». Sous l'influence de l'iodure de potassium, elles se résorbaient rapidement, pour se reproduire dans l'espace d'une quinzaine à un mois après la cessation du remède. Alors, nouveau traitement, disparition nouvelle ; puis cessation du traitement, récidive, et ainsi de suite, d'une façon assidue, constante. Dans l'espace d'une année, le malade compta *dix* de ces récidives, qui d'ailleurs se produisaient sous la seule impulsion de la diathèse, sans aucune provocation surajoutée. Je ne parvins que très-difficilement, et grâce à un traitement mixte très-énergique, à couper court d'une façon définitive à cette incessante repullulation des tumeurs.

Second exemple, celui-ci relatif à la forme scléreuse. Un homme jeune encore, syphilitique depuis quelques années, commença en 1865 à être affecté d'une glossite scléreuse. C'était un fumeur émérite, ne quittant pas la cigarette du matin au soir et quelquefois du soir au matin. Je le guéris avec peine une pre-

mière fois, car il n'avait que très-incomplétement renoncé au tabac, malgré toutes mes exhortations. A peine débarrassé, il reprit la cigarette de plus belle, et, en 66, ce qui devait se produire se produisit, à savoir : récidives multiples de la lésion originelle. L'une de ces poussées fut des plus intenses ; la langue devint absolument mamelonnée, lobulée, striée de sillons, ulcérée sur son dos et ses bords. Le malade souffrit cruellement à cette époque. Il me jura de ne plus jamais fumer, et, pour me convaincre, brûla solennellement devant moi un formidable approvisionnement de cigarettes. Mais avec le soulagement (je ne dis plus avec la guérison, car il n'était plus de guérison possible à une époque où l'état scléreux s'était déjà confirmé), les belles résolutions furent bien vite oubliées, et, grâce au tabac, les poussées inflammatoires et ulcéreuses se succédèrent sur la langue d'une façon en quelque sorte subintrante. De 66 à 72 (époque à laquelle je cessai de voir le malade), il ne se passa guère un mois sans que des excoriations ou des ulcérations véritables se produisissent à la surface ou sur les bords de l'organe. Plusieurs fois même il se fit des recrudescences terribles, couvrant la langue d'ulcérations, déterminant une salivation abondante, avec douleurs très-vives, gêne extrême de la parole et de la mastication, etc. Le tabac était alors forcément délaissé. Puis, l'habitude reprenant toujours le dessus, une poussée nouvelle ne tardait guère à apparaître, et ainsi de suite.

Gardez bien en mémoire ce dernier cas, Messieurs. D'une part, c'est un exemple frappant de l'influence désastreuse exercée par le tabac sur les lésions syphilitiques de la bouche. D'autre part, un enseignement pratique y est contenu. Qu'étaient-ce en effet que ces incessantes récidives d'accidents qui se produisirent sur la langue de mon malade de 66 à 72 ? Des manifestations successives de la diathèse ? Pas le moins du monde, et la preuve, c'est que le traitement spécifique n'y faisait rien, soit pour les guérir, soit pour en prévenir le retour. C'étaient là purement et simplement des épiphénomènes *vulgaires*, des accidents inflammatoires développés par une cause d'irritation continue. J'ai déjà insisté près de vous sur ce point, et j'y reviens encore, car il est en pareille circonstance une faute à ne pas commettre et contre

laquelle je dois vous prémunir. Cette faute, c'est de s'acharner à combattre par un traitement spécifique les accidents inflammatoires consécutifs aux glossites scléreuses, accidents entretenus ou reproduits par une cause d'irritation vulgaire. Le mercure et l'iodure, sachez-le bien, seraient employés ici *en pure perte*. Ils sont impuissants à combattre cet ordre de lésions, lesquelles n'ont plus rien à voir avec la vérole. Inutile donc, en semblable occurrence, de fatiguer les malades, comme je l'ai vu faire plusieurs fois, par une administration chronique d'impuissants remèdes. Une autre direction est à suivre : c'est, d'abord, de rechercher les causes qui servent d'appel aux récidives et de les supprimer, si cela est possible ; c'est ensuite d'appliquer à ces phlegmasies consécutives la seule médication qui leur convienne, à savoir la médication topique des glossites vulgaires.

XII.

DIAGNOSTIC.

Ici, comme pour la plupart des lésions qui composent la syphilis tertiaire, la question essentiellement pratique, la question importante par excellence, est celle du diagnostic. Et ici plus qu'ailleurs cette question diagnostique demande à être étudiée avec un soin minutieux, car bon nombre des états morbides qui courent risque d'être confondus avec les glossites tertiaires sont des affections peu communes ou peu connues, décrites seulement pour quelques-unes dans des monographies, et n'ayant pas encore droit de cité dans les classiques. Vous allez en juger.

Très-étendu serait ce chapitre de diagnostic différentiel, si mon intention était d'y faire entrer, sans en oublier une, toutes les lésions qui de près ou de loin peuvent affecter quelque analogie avec les glossites tertiaires. Tel n'est pas le but que je poursuis. Laissant de côté les affections rares, exceptionnelles, les « curiosités », je ne m'attacherai qu'à passer en revue un certain nombre d'états morbides plus ou moins communs, que la pra-

tique présente d'une façon courante, et sur lesquels en conséquence il importe que le médecin soit bien édifié.

I. Tout d'abord, une simple mention à propos du *chancre induré lingual*, comme lésion susceptible d'être confondue avec les glossites d'une étape ultérieure.

Sans doute, le chancre lingual peut bien affecter quelque ressemblance objective avec certaines lésions tertiaires indurées et circonscrites, comme avec un noyau de sclérose à surface érosive. Mais il se distingue aussitôt par l'analyse des symptômes et surtout par l'évolution morbide. Ainsi, le chancre induré de la langue est presque invariablement une lésion unique, tandis que la sclérose linguale a le plus habituellement des noyaux multiples, qui de plus ne sont pas tous érodés. — En second lieu, le chancre s'accuse par une adénopathie significative, qui fait défaut (sauf exceptions extrêmement rares) avec les lésions tertiaires. — Enfin et surtout, le chancre est un symptôme de début, qui inaugure la syphilis, qui sert d'exorde à toutes les autres manifestations diathésiques, tandis que les glossites tertiaires sont des lésions qui succèdent à d'autres lésions, qui ont devant elles chronologiquement toute une série d'accidents spéciaux.

En réalité donc, ce n'est pas avec le chancre que doit être agité le diagnostic différentiel, mais bien avec d'autres affections, telles que les suivantes.

II. *Psoriasis lingual.* — Voyez ces différentes pièces, empruntées soit au riche musée de notre hôpital, soit à ma collection particulière. Ce sont là des types du curieux état morbide connu sous le nom de *psoriasis lingual*, dénomination (soit dit incidemment) aussi impropre que possible, car elle semble établir entre l'affection qu'elle détermine et le psoriasis cutané un rapport de nature, un lien de famille, et ce rapport, cette parenté sont choses absolument illusoires et anticliniques. Mais n'importe pour l'instant. Voyez, vous disais-je, ces diverses pièces, et vous serez frappés immédiatement des analogies multiples qui existent entre ce psoriasis lingual et certains types des glossites scléreuses précédemment décrits. Aussi, le psoriasis lingual, d'ailleurs peu

connu jusqu'à nos jours, a-t-il été souvent confondu avec la glossite scléreuse, ou réciproquement. Quelques développements ne seront donc pas inutiles ici, à propos du diagnostic différentiel de ces deux lésions.

On ne saurait méconnaître que de nombreuses analogies, soit anatomiques, soit cliniques, rapprochent le psoriasis lingual des glossites scléreuses. Ainsi :

1° Comme la glossite scléreuse, le psoriasis lingual est une sclérose linguale, une sclérose superficielle, dermique, consistant en une transformation fibroïde de la muqueuse. « C'est une *cirrhose* linguale », a même dit M. le Dr Debove, ancien interne de cet hôpital, et auteur du meilleur travail publié jusqu'ici sur le sujet (1) ;

2° Comme la glossite scléreuse, le psoriasis lingual affecte pour siége la face dorsale de la langue, en respectant la face inférieure ;

3° Comme la glossite scléreuse, il se présente sous deux formes : une forme lisse avec indurations lamelleuses, et une forme mamelonnée, avec lobules durs, circonscrits par des sillons ;

4° Comme la glossite scléreuse, c'est une affection essentiellement chronique ; — bien plus rare chez la femme que chez l'homme ; — donnant lieu à des troubles fonctionnels peu différents (comme nature du moins, si ce n'est comme degré) de ceux que nous avons étudiés sur nos syphilitiques ; — présentant enfin à une époque avancée, les mêmes épiphénomènes d'érosions ou d'ulcérations en fissures, en rhagades ; etc., etc.

Mais, ces analogies constatées, des différences non moins importantes surgissent aussitôt entre les deux lésions. Une des plus caractéristiques et celle qui, pour ainsi dire, saute aux yeux tout d'abord, c'est l'aspect *blanc*, *argenté*, *nacré*, que revêt le psoriasis lingual. Cet aspect, qui rappelle le psoriasis cutané et qui sans doute a valu à l'affection le nom qu'elle porte, est dû à une exfoliation épithéliale de la langue, exfoliation abondante, in-

(1) Le psoriasis buccal, thèses de Paris. 1873.

cessamment renouvelée, et recouvrant l'organe d'une sorte de carapace blanche, plus ou moins rénitente au toucher. Car, le psoriasis lingual n'est pas seulement une sclérose, c'est de plus une sclérose desquamative, exfoliatrice.

Or, cet aspect nacré, que vous voyez si bien reproduit sur ces pièces dues à l'habile M. Baretta (1), est tout à fait caractéristique. Il ne se rencontre au même degré, avec cet éclat, avec cette teinte si spéciale, dans aucune maladie autre que le psoriasis. Pour moi, il suffit à différencier le psoriasis, il en est pathognomonique.

J'accorde — et je vous l'ai dit précédemment — que les glossites scléreuses présentent parfois quelques îlots d'une teinte blanchâtre, opalescente, exsangue, ou légèrement bleuâtre. Mais quelle différence, en général au moins, entre ce dernier aspect et celui du psoriasis! L'œil ne saurait s'y tromper, car jamais les glossites scléreuses ne présentent, avec une égale intensité de ton, l'apparence blanche et nacrée du psoriasis. — De plus, tandis que le psoriasis forme habituellement une nappe continue qui recouvre la langue sur de larges surfaces, la sclérose linguale n'offre guère que des îlots blanchâtres circonscrits, épars, et de faible étendue relativement. — Enfin, quand on analyse de près les phénomènes de part et d'autre, on ne tarde pas à s'apercevoir de ceci : c'est que, dans la sclérose linguale syphilitique, l'aspect blanc est fourni par la muqueuse même, devenue exsangue et fibreuse, mais encore revêtue d'un épithélium non soulevé, non exfolié; tandis qu'au contraire l'aspect blanc du psoriasis résulte de lamelles *superposées* à la muqueuse, de lamelles *soulevées*, en voie de détachement, de desquamation, d'exfoliation.

Inutile, je crois, d'insister davantage. Car, ici, les différences objectives sont de telle nature qu'elles frappent tous les yeux. Donc, passant sous silence d'autres détails qu'un examen attentif pourrait nous révéler entre les deux lésions, je me bornerai aux signes qui précèdent, et dirai :

L'aspect argenté, blanc, exfoliatif, du psoriasis lingual suffit

(1) Pièces nos 315 et 354 du musée de l'hôpital Saint-Louis.

amplement à le distinguer des scléroses linguales syphilitiques, au moins dans l'énorme majorité des cas.

III. *Glossite des fumeurs.* — Venons en second lieu à une autre lésion de la langue, celle-ci beaucoup plus commune que la précédente, la glossite des fumeurs.

Parmi les méfaits les plus authentiques du tabac à fumer figure une stomatite d'un genre tout spécial, stomatite ayant pour habitude d'intéresser principalement la langue et de créer une glossite d'une espèce non moins particulière.

Or, cette glossite, alors qu'elle a atteint un degré avancé, peut être facilement confondue avec certaines lésions syphilitiques de a langue, notamment avec les glossites scléreuses. De cela témoigne la pratique courante. Je me rappelle avoir plus d'une fois entendu dire ceci à mon maître, M. Ricord : « Il n'est pas de lésion qui soit plus souvent prise à faux pour syphilitique que la stomatite des fumeurs ». Et quant à moi, je vois bien certainement chaque année une douzaine de malades qui, victimes seulement d'un fol amour pour le tabac, ont été considérés comme syphilitiques et traités comme tels, de par les lésions que le tabac a développées sur leur bouche.

C'est qu'en effet cette glossite du tabac, bien accentuée, se traduit par un ensemble de symptômes merveilleusement faits pour égarer le diagnostic, à savoir : langue complétement et quelquefois même considérablement modifiée comme aspect ; — inégale, bosselée, mamelonnée sur sa face dorsale ; — irrégulière et comme tuberculeuse sur ses bords, déformée surtout vers la pointe ; — offrant des îlots lisses, dépapillés, grisâtres, blanchâtres ou même nacrés ; — sillonnée de stries transversales, antéro-postérieures ou obliques ; — indurée dans une étendue variable, spécialement vers la région antérieure, là où le contact de la pipe ou l'abord direct de la fumée exerce surtout son action irritante ; — érodée enfin ou même, dans un degré extrême, véritablement ulcérée sur divers points ; etc., etc.

Une langue affectée de la sorte simule, je le répète, d'une façon surprenante les glossites scléreuses de la syphilis. Comment donc

éviter l'erreur, et à quels éléments diagnostiques reconnaître la nature vraie de la lésion ?

Deux ordres de considérations que voici guideront votre jugement :

1° *Commémoratifs spéciaux : abus exagéré et abus chronique du tabac.* — On n'arrive, en effet, à ce degré extrême de stomatite ou de glossite nicotique qu'après de longues années d'usage immodéré du cigare, de la cigarette, ou mieux encore de la pipe, spécialement de la pipe à queue courte.

2° *Apparences objectives.* — Instituant un parallèle minutieux entre les lésions de la syphilis et celles du tabac, je pourrais vous signaler nombre de différences plus ou moins importantes. Je pourrais vous dire par exemple : que les lésions du tabac n'atteignent jamais une intensité, une importance égale à celles de la vérole ; — que le tabac est bien capable de rendre la langue irrégulière, déformée, sillonnée, crevassée, mais non de la LOBULER, de la CIRRHOSER, comme le fait la vérole ; — qu'il est bien capable encore de l'indurer par places, par îlots, spécialement au niveau de la pointe, mais non de constituer ces plaques étendues, ces nappes étalées de la sclérose, et qu'en tout cas il ne lui communique jamais cette dureté cancroïdienne propre aux dégénérescences fibreuses de la syphilis ; etc.

Je ne fais cependant que vous signaler d'un mot ces divers éléments de diagnostic différentiel, car j'ai mieux que cela à vous dire, car ici, comme à propos du psoriasis, j'ai un signe pathognomonique à vous présenter, un signe qui revient en propre au tabac et qu'on ne retrouve pas dans les affections syphilitiques.

Ce signe consiste dans les *plaques nacrées des commissures et des joues*, plaques exclusivement spéciales aux fumeurs.

Examinez la bouche d'un fumeur émérite, d'un vétéran du tabac, et presque invariablement vous trouverez la muqueuse des commissures labiales et de la portion avoisinante des joues couverte d'une plaque blanche, de couleur opaline, nacrée. Cette plaque est constituée par une sorte d'enduit pelliculaire, adhérent, non détachable par le frottement ou le grattage, semblable comme aspect à ce que serait une couche de collodion déposée

en ce point, semblable encore à ce que serait la muqueuse récemment cautérisée au crayon de nitrate d'argent, et tranchant en conséquence par sa couleur sur la teinte des parties voisines. Cette plaque forme au niveau de la commissure un îlot plus ou moins large, triangulaire en général, à base répondant à l'ouverture de la bouche, et à sommet effilé, se prolongeant horizontalement sur la muqueuse de la joue dans une étendue variable. Le plus habituellement, il existe une de ces plaques à chaque commissure buccale. Souvent ces deux plaques sont absolument symétriques et égales comme étendue. Mais il se peut aussi que l'une d'elles soit rudimentaire ou même fasse presque défaut; et toujours, dans ce cas, la plaque prédominante correspond au côté où le malade a coutume de porter de préférence la pipe ou le cigare.

Ces lésions spéciales, auxquelles j'ai donné le nom de *plaques nacrées commissuraires,* ne se produisent que sous l'influence du tabac. On ne les rencontre dans aucune autre maladie de la bouche, même dans l'affection dite psoriasis buccal. Elles sont le témoignage irrécusable de l'action du tabac sur la muqueuse buccale. Et, en effet, ces plaques nacrées ne sont rien autre que l'épithélium buccal altéré, désorganisé, *cuit*, pour ainsi dire, par la fumée chaude et irritante du tabac.

En ce qui nous concerne actuellement, ces plaques nacrées commissuraires ont une signification diagnostique considérable. Car elles accusent l'influence nocive du tabac sur la bouche, et permettent de conclure à une influence de même ordre sur la muqueuse linguale. Donc, Messieurs, étant donné un état morbide de la langue, s'il vous arrive de rencontrer simultanément ces plaques nacrées des commissures, vous serez amenés par cela même à suspecter une lésion déterminée par l'abus du tabac, et ce petit signe suffira seul, en nombre de cas, à vous mettre sur la voie du diagnostic.

Il est très-rare en effet, il est presque exceptionnel, oserai-je dire, que la glossite des fumeurs ne soit pas accompagnée et attestée comme nature par ces lésions accessoires, mais significatives, des commissures buccales et des joues.

Grâce à cette particularité, grâce aussi aux notions tirées des antécédents et des accidents diathésiques actuels, le diagnotic s'établit assez facilement, en général au moins, entre la glossite des fumeurs et les lésions scléreuses de la vérole.

Tout n'est pas fini, malheureusement, avec le diagnostic spécial qui nous occupe. Un autre embarras se présente fréquemment. C'est qu'en effet tabac et syphilis, loin de s'exclure, peuvent s'associer et s'associent souvent, pour affecter une même langue et combiner sur elle leur double influence. Maintes fois il vous arrivera de rencontrer des malades présentant ce cumul de deux actions morbides, c'est-à-dire ayant la langue à la fois désorganisée par le tabac et la vérole. En pareil cas il est toujours très-difficile, parfois même impossible, d'instituer un diagnostic différentiel, et de se prononcer catégoriquement entre une glossite scléreuse de syphilis et une glossite chronique de fumeur. La raison de cet embarras est toute simple: c'est que le plus souvent, dans les cas de ce genre, on n'a pas affaire à tel ou tel de ces deux états pathologiques, mais en réalité à ces deux états pathologiques unis, associés, combinés. Ce qu'on a sous les yeux n'est pas ceci ou cela, exclusivement, mais bien ceci et cela tout à la fois. L'affection en un mot devient alors une lésion complexe, une véritable *glossite métisse*, à la genèse de laquelle tabac et syphilis ont collaboré comme facteurs rivaux. Et, le résultat commun une fois acquis, il serait illusoire de songer à faire la part de ce qui revient à l'une ou à l'autre des deux influences morbides.

Ajoutons, pour n'avoir pas à revenir sur ce point, que rien n'est plus étrange d'aspect, rien n'est plus rebelle au traitement, plus désespérant pour le malade et le médecin, que ces lésions métisses du tabac et de la vérole. Les sujets affectés de la sorte se présentent souvent dans un état véritablement affreux, avec des langues qui n'ont plus un centimètre carré de muqueuse saine sur leur face dorsale, avec des langues absolument déformées, tubéreuses sur leurs bords, mamelonnées, lobulées supérieurement, indurées dans leur tiers ou leurs deux tiers anté-

rieurs, couturées de brides et de cicatrices, parcourues en tous sens par des sillons entrelacés, blanches et nacrées sur certains points, rouges sur d'autres, érodées, ulcérées par îlots, très-douloureuses au toucher, au contact des aliments ou des boissons, très-douloureuses même spontanément, etc. (1). Inutile de dire si de telles lésions deviennent l'origine de troubles fonctionnels sérieux. Inutile de dire aussi quelle résistance elles opposent au traitement. Rien de plus réfractaire, de moins modifiable, que ces états complexes de la langue, en raison des mauvais tissus auxquels on a affaire, tissus chroniquement altérés dans leur texture, tissus désorganisés, sclérosés, ou tissus de cicatrice, se prêtant mal à un travail de réparation, toujours prêts à s'ulcérer à nouveau sous la moindre cause d'excitation, etc. Aussi, ne parvient-on qu'à grand'peine à soulager les malades porteurs de lésions de ce genre, sans les guérir jamais, d'une façon même incomplète.

IV. *Glossite dentaire.* — Pour se trouver signalée jusque dans Hippocrate, la petite lésion dont nous allons parler ne s'est guère vulgarisée parmi les médecins, à en juger du moins par les erreurs si fréquemment commises à son propos. Elle mériterait cependant d'être mieux connue.

Afin de la spécifier à vos souvenirs, je la qualifierai du nom de *Glossite dentaire.*

Elle consiste en ceci : un état de phlegmasie chronique de la langue, ne tardant pas à se compliquer d'ulcération, provoqué et entretenu par le mauvais état d'une *dent*, au voisinage de laquelle il reste circonscrit.

Lorsqu'en effet un point de la langue se trouve en contact avec une dent cassée, ébréchée, aiguë, coupante, ou même (cela est plus rare) simplement incrustée d'une couche de tartre, il s'enflamme, et il s'enflamme en raison des frottements assidus de la muqueuse contre ces irrégularités, ces aspérités de la dent. Un noyau de phlegmasie chronique se développe à ce niveau, et s'accuse par un mamelon circonscrit, rénitent, dur au toucher.

(1) Voir, comme exemple, une pièce de ma collection particulière, n° 260.

Bientôt un processus érosif se constitue à la surface de ce mamelon et reste entretenu par la persistance des causes originelles de la lésion. Il est possible même qu'à la longue l'érosion dégénère en une ulcération véritable, plus ou moins creuse, toujours limitée, il est vrai, mais persistante et chronique.

Or, ce noyau circonscrit et dur, surmonté ou non d'une surface excoriée, peut simuler et simule fréquemment d'aspect un îlot de sclérose spécifique. C'est là ce dont vous avez eu l'occasion de vous convaincre récemment sur une de nos malades de la salle Saint-Thomas, dont la lésion se trouve reproduite sur cette pièce (1). Et en effet, je vous le répète, nombreuses sont les erreurs de ce genre dans la pratique. J'invoquerai à ce propos le témoignage d'un homme des plus compétents en la matière, d'un dentiste distingué, M. le Dr Delestre, ancien interne de nos hôpitaux : « Il ne se passe guère de semaine, me disait-il récemment, où je ne voie dans mon cabinet un cas de ce genre; et, parmi les malades qui viennent me consulter à ce propos, il en est toujours bon nombre qui, sans avoir jamais eu la syphilis, n'en ont pas moins été considérés comme syphilitiques et traités comme tels, en raison de ces ulcérations dentaires imputées par erreur à la vérole. »

Il suffit cependant, Messieurs, d'être averti de la possibilité d'une telle confusion pour se tenir sur ses gardes et éviter l'écueil. Rien de plus simple en effet que de reconnaître la glossite dentaire à la constatation de l'état de la dent qui lui sert d'origine. Circonscription de la lésion, d'une part, et, d'autre part, rapport de voisinage, de vis-à-vis, entre cette lésion et la dent coupable, voilà de quoi faire amplement le diagnostic. Ajoutons que, comme confirmation, le limage ou l'avulsion de la dent dissipera le mal à brève échéance.

Donc, à vrai dire, ce n'est pas là un diagnostic différentiel à instituer avec la syphilis ; c'est là seulement la possibilité d'une surprise à connaître ; et, cela connu, l'erreur sera de suite évitée.

V. *Glossite tuberculeuse* (*Phthisie buccale* de M. Ricord). — Il est

(1) Pièce nº 27 de ma collection particulière.

actuellement de notoriété commune que, sous l'influence de la tuberculose; il se produit parfois dans la bouche des ulcérations absolument identiques de forme et de nature avec celles que la même diathèse détermine plus habituellement sur le larynx ou l'intestin.

Ces lésions tuberculeuses de la bouche qui, bien étudiées par M. Ricord pour la première fois, ont reçu de lui le nom de *Phthisie buccale*, se portent de préférence sur la langue, et se traduisent là par des ulcérations plus ou moins étendues, plus ou moins creuses, variables de forme et d'aspect, reposant habituellement sur une base quelque peu calleuse. Nul doute qu'elles ne puissent en imposer pour des lésions syphilitiques. Et la preuve, c'est qu'elles ont été fort longtemps considérées comme telles, c'est que M. Ricord en a trouvé les plus beaux types à l'hôpital du Midi où les malades avaient été adressés comme syphilitiques.

Pour les différencier des glossites spécifiques, il n'est guère à compter sur leurs caractères objectifs, c'est-à-dire sur les signes tirés de l'état de leur fond, de leurs bords, de leur base, de leur étendue, de leur siége, etc. Car, si minutieusement qu'on analyse ces divers attributs, on n'arrive qu'à la constatation de nuances, de différences minimes, essentiellement sujettes à variétés et non susceptibles de fournir des éléments diagnostiques sérieux.

Une seule particularité réellement distinctive est offerte par ces lésions tuberculeuses. Signalée par M. Trélat (1), elle consiste dans l'existence possible, au voisinage de l'ulcération, de petits points miliaires ou de petites granulations de couleur gris-jaunâtre, d'aspect purulent, et de volume comparable à un grain de millet. Ces granulations, dans lesquelles MM. Liouville et Vulpian ont reconnu les caractères du tubercule, ne seraient, paraît-il, que les éléments initiaux de l'affection, destinés à dégénérer plus tard en ulcérations. Or, quand on rencontre au pourtour de la lésion quelques-uns de ces points jaunes ou même un seul de ces points, le diagnostic est aussitôt fixé. Seulement, c'est une chance assez rare de les rencontrer. Il s'en faut en effet que ces granulations

(1) Note sur l'ulcère tuberculeux de la bouche et en particulier de la langue, par M. Trélat. (Lue à l'Académie de médecine, le 27 novembre 1869, reproduite in *Archives générales de médecine*, 1870, t. I).

périphériques, si nettement significatives, s'observent dans tous les cas. Je ne les ai constatées pour ma part que deux ou trois fois sur plus d'une trentaine de malades affectés d'ulcères tuberculeux de la bouche ou de la langue.

Si bien que, ce dernier signe de M. Trélat faisant habituellement défaut, et les considérations tirées de l'examen objectif restant presque toujours insuffisantes, le diagnostic ne peut être établi en général que sur des éléments d'un autre genre, à savoir : 1° sur l'examen des poumons ; —2° sur l'examen de la constitution.

Presque toujours, en effet (je ne dis pas toujours, notez cette réserve), les ulcérations tuberculeuses de la langue ne se produisent que sur des sujets en état de « phthisie avancée ou du moins confirmée (1) », offrant déjà des signes manifestes de tuberculose pulmonaire, parfois aussi de tuberculose laryngée, intestinale, etc. Dans ce cas, l'état du poumon ou des autres viscères fixe aussitôt le diagnostic sur la lésion de la langue.

Il est bien vrai qu'en certains cas très-rares (quelques-uns ont été cités déjà) les ulcérations tuberculeuses de la langue ont pu précéder la tuberculose pulmonaire, en servant ainsi d'avant-coureurs à la phthisie. Mais dans ces cas même, à défaut du poumon, reste la constitution à interroger. Le poumon n'est pas tuberculeux, soit ! Mais le malade est tuberculeux de fond. Ou bien il est prédisposé à la tuberculose par hérédité, ou bien il l'a acquise par des causes qui lui sont personnelles ; et, dans l'un comme dans l'autre cas, la diathèse se trahit sur lui par un certain habitus, par un certain facies, par tels ou tels attributs de la constitution tuberculeuse qui n'échappent guère à l'œil d'un médecin exercé.

En fin de compte, si les considérations de cet ordre ne suffisaient pas à déterminer le diagnostic, l'épreuve thérapeutique jugerait la question à bref délai. Les ulcérations syphilitiques en effet, soumises à un traitement convenable, se modifient et se réparent en général assez facilement. Rien de rebelle au contraire, rien d'incurable même, comme les ulcères phymiques de la lan-

(1) Trélat. Mémoire cité.

gue. A part deux cas cités par MM. Verneuil et Laboulbène, jamais, je crois, on ne les a vus guérir. Quant à moi, je n'en ai jamais guéri un seul, je le déclare. Un critérium diagnostique est donc offert ici par les résultats du traitement.

VI. *Cancroïde.* — Enfin, Messieurs, abordons en dernier lieu la question la plus grave, la plus importante que nous ayons à discuter, celle du cancroïde.

Quel intérêt considérable se rattache au diagnostic différentiel du cancroïde et des glossites tertiaires, je vous le ferais facilement comprendre, si vous ne l'aviez pressenti à l'avance, en vous disant ceci : 1° que plus d'une fois on a été sur le point de couper ou même on a coupé des langues affectées de prétendus cancroïdes qui n'étaient rien autre que des syphilômes, et pour lesquels l'iodure ou le mercure aurait très-avantageusement remplacé le bistouri ; — 2° que plus d'une fois, inversement, on a guéri par l'iodure ou le mercure des lésions linguales réputées cancéreuses et qui n'étaient que des syphilômes. Exemple, entre autres cas, le fait de M Cloquet, relatif à cette énorme langue procidente dont je vous ai entretenus précédemment. Exemple encore un autre fait de Lallemand, dans lequel une tumeur linguale présentait un aspect tel qu'on l'avait diagnostiquée cancéreuse et que de plus, fort heureusement, on l'avait déclarée *inopérable.* « En désespoir de cause », dit l'observateur, et pour prescrire quelque chose, on administra « les anti-vénériens » ; et le malade fut guéri.

Voyons donc en détail et avec tout le soin possible sur quelles bases repose le diagnostic différentiel de ces deux lésions. Rien de plus pratique, rien de plus essentiel qu'une telle étude, car ce diagnostic est agité presque à propos de chaque cas. Rappelez vos souvenirs d'hôpital, Messieurs, et dites-moi si vous n'avez pas entendu invariablement, en semblable occurrence, soulever les questions que nous allons débattre.

I. A l'état de tumeur non encore ulcérée, ou de tumeur commençant à peine à s'ulcérer, le cancroïde ne saurait guère être confondu, en ce qui concerne la syphilis, qu'avec les glossites de forme scléreuse.

Or, ici, le diagnostic n'offre pas de difficultés réelles.

Le cancroïde, en effet, ne présente pas ces plaques lamelleuses étendues, ces *plateaux* d'induration qui caractérisent si formellement les glossites scléreuses. De plus, il ne produit jamais ni cette lobulation du dos de la langue, ni ce sillonnement en réseau, qui sont des attributs presque pathognomoniques des cirrhoses linguales tertiaires.

II. Mais les difficultés deviennent tout autres à la période d'ulcération, alors que toute ou presque toute la surface de la tumeur se présente sous forme d'une plaie, d'une lésion ulcéreuse plus ou moins étendue. Tel s'impose le problème en clinique le plus souvent, et tel nous devons l'envisager pour en rechercher la solution.

Disons d'abord qu'on pourra tirer quelques présomptions diagnostiques des trois considérations suivantes :

1° *Age du malade.* — Le cancroïde est surtout une affection de l'âge mûr. Il a son maximum de fréquence entre 50 et 70 ans. — Les lésions linguales syphilitiques n'ont pas d'âge pour se produire ; et très-souvent elles s'observent à une période de la vie beaucoup moins avancée que celle dont nous venons de parler, même chez des sujets encore jeunes.

2° *Prédisposition héréditaire.* — Une fois sur sept le cancroïde dérive d'une diathèse héréditaire. — S'il n'est pas impossible, théoriquement, que l'hérédité joue un rôle dans la production des glossites tertiaires, cela ne serait jamais qu'une exception rare. En tout cas, le fait usuel est que ces glossites se rattachent à une diathèse acquise par contamination personnelle.

3° *Antécédents de psoriasis lingual.* — De l'aveu presque unanime aujourd'hui, le psoriasis lingual est souvent un prélude de cancer. Cela ne veut pas dire, bien entendu, qu'il n'y ait de cancer de la langue qu'à la suite de psoriasis lingual ; cela veut dire simplement qu'en nombre de cas le cancer est précédé par le psoriasis.

Donc, si, préalablement à la lésion dont le diagnostic est à établir, le malade a présenté des accidents de psoriasis lingual,

c'est là une présomption en faveur du cancer, et cette présomption ne manque pas d'une certaine valeur, assurément.

En second lieu, les anamnestiques fourniront parfois d'utiles renseignements. Supposons par exemple que, d'après le récit du malade, les choses se soient passées de la façon suivante : tout d'abord, nodosité dure dans le parenchyme de la langue, tumeur interne, sous-muqueuse ; puis ouverture brusque de cette tumeur, s'évacuant en partie à la façon d'un abcès, et formation d'une *caverne* provisoire ; puis encore, très-rapidement, ulcération en surface se produisant dans l'espace de quelques jours et mettant à nu le fond d'un foyer bourbillonneux, etc. A ces symptômes, à cette évolution, il sera facile de reconnaître une gomme. Jamais un cancer ne procède de la sorte.

D'autres fois, on pourra être éclairé sur la nature de la lésion par quelques particularités, telles que les suivantes :

1° *Particularité de siége.* — Le cancer peut siéger à la partie inférieure de la langue, comme j'en ai observé un cas, il y a quelques années, avec M. le professeur Verneuil. — Jamais, au contraire, les glossites tertiaires ne se localisent en ce point. Ainsi que nous l'avons dit précédemment, elles affectent exclusivement la face supérieure ou les régions marginales.

2° *Multiplicité des lésions.* — Il n'est pas rare que les lésions gommeuses soient multiples et qu'elles portent à la fois sur les deux moitiés latérales de la langue. — Le propre du cancroïde, inversement, est d'être unique, et le plus souvent aussi unilatéral. « Le cancroïde lingual est *azygos* », a dit M. Ricord. De même M. Anger a écrit dans sa thèse d'agrégation, si remarquable à tant d'égards : « Jamais l'épithélioma n'envahit un point nouveau sans qu'il y ait continuité de tissu entre le centre de la tumeur et ses prolongements périphériques. Il est sans exemple que le cancer se soit développé *à la fois* et *indépendamment* dans les deux moitiés de la langue. »

Le fait formulé de la sorte par MM. Ricord et Anger ne souffre-t-il aucune exception ? J'avais pu le croire jusqu'à ces derniers temps, lorsque mon savant collègue et ami le Dr Vidal m'a montré

dans son service un malade très-positivement affecté d'un cancroïde *bilatéral* de la langue. Ce malade, que je vous engage à examiner et dont voici d'ailleurs la lésion reproduite sur cette pièce de M. Baretta (1), présente deux (si ce n'est trois) foyers d'épithélioma parfaitement distincts. L'un occupe une partie de la moitié droite de la langue; l'autre, tout à fait indépendant de ce dernier, est localisé sur le bord latéral gauche (2).

Il n'est donc pas impossible, vous le voyez, que le cancroïde ait des foyers multiples et soit bilatéral. Mais ce n'est là, en tout cas, qu'une exception des plus rares, et il ne reste pas moins acquis qu'une lésion linguale se présentant sous forme de noyaux multiples, indépendants, disséminés, a cent fois plus de chances pour relever de la syphilis que du cancer.

En dehors des particularités qui précèdent, le diagnostic différentiel que nous étudions repose sur un ensemble de considérations plus générales, qu'il me reste actuellement à vous faire connaître. Ces considérations sont les suivantes :

1° Le cancroïde est une tumeur, tandis que l'ulcère gommeux est une ulcération sans tumeur. Je m'explique.

Le cancroïde est une *tumeur* ; et cette tumeur a beau s'être ulcérée, c'est encore et c'est toujours une tumeur. Même dans sa forme rongeante, où la surface de la lésion est plus ou moins déprimée par une perte de substance, même dans sa forme dite « rentrante », le cancroïde ne cesse pas d'avoir une tumeur pour base.

Inversement, la gomme ulcérée est une ulcération *sans tumeur*. Sans doute elle repose bien sur des tissus plus ou moins rénitents et encore infiltrés par l'hyperplasie gommeuse; sans doute elle a un fond, une assise, qui offre aux doigts une induration plus ou

(1) Pièce n° 21 de ma collection particulière.

(2) Tout récemment j'ai appris de M. le professeur Trélat qu'il a observé dans sa pratique deux cas analogues au précédent, c'est-à-dire deux cas de cancroïde lingual à foyers *multiples* et *indépendants*. — Je remercie le savant maître de cette intéressante communication.

moins marquée. Mais ce fond, cette assise ne constitue pas une tumeur, à proprement parler, une tumeur aussi distincte, aussi nettement constituée que l'est celle du cancroïde. Dit-on, par exemple, que le fond engorgé et dur d'un ulcère variqueux forme une tumeur au-dessous de cet ulcère?

2° L'ulcération cancroïdienne se distingue de la gomme par ses *bords en relief*, saillants, épais, formant en général à la circonférence de la lésion un bourrelet proéminent, dur, renversé, inégal, déchiqueté, etc. — Rien de semblable avec l'ulcère gommeux, dont les bords sont au contraire *entaillés en profondeur*, entaillés en creux, nettement découpés, adhérents, etc.

3° Fond de l'ulcère cancroïdien toujours et remarquablement *saignant* ou *prêt à saigner*. — Excellent signe, Messieurs, que je recommande à votre attention, excellent signe qui souvent suffit seul à fixer le diagnostic à première vue, tant il établit une différence tranchée entre le cancroïde et la gomme.

Examinez le fond d'un ulcère cancroïdien. Ou bien, sur quelque point, vous le trouvez strié de sang, ou bien vous allez le voir saigner dans un instant, si vous l'explorez, si vous le prenez entre les doigts, si vous l'essuyez avec un pinceau. Au moindre attouchement il saignera, cela est à peu près certain.

Tout autre est le fond de la gomme, tapissé d'une couche bourbillonneuse ; il ne saigne pas, il n'est pas disposé à saigner, dès qu'on le touche, dès qu'on l'explore.

A ce point de vue, différence complète et saisissante entre les deux ordres de lésions, au moins dans la très-grande généralité des cas.

4° Ulcère cancroïdien sécrétant une sérosité sanio-sanguinolente, un véritable *ichor*, d'une odeur fade, fétide, et quelque peu particulière. — Sécrétion de la gomme bien moins abondante, minime relativement, non fétide (sauf complication de gangrène), et non ichoreuse.

5° Ulcère cancroïdien infiniment *plus douloureux* que l'ulcère de la gomme, et déterminant des *troubles fonctionnels* bien plus intenses.

Certes, il est toujours assez difficile, assez délicat, de mesurer, de titrer une douleur, si je puis ainsi parler, ainsi que les troubles fonctionnels qui en dérivent. Cependant, il serait impossible de méconnaître une incontestable différence, au point de vue qui nous occupe, entre le cancroïde et la gomme. L'ulcère cancroïdien est à coup sûr bien moins toléré que l'ulcère gommeux. D'abord, il est douloureux spontanément; il est *lancinant* d'une façon particulière, ce qui « constitue un élément important de diagnostic » (Th. Anger). Quelquefois aussi, il s'accompagne de douleurs d'oreille, bien signalées par plusieurs chirurgiens. De plus, il endolorit la langue à un haut degré. Avec un cancroïde ulcéré, la langue ne se meut plus que difficilement, péniblement, avec souffrances plus ou moins aiguës. De là gêne notable de la parole. De là, gêne plus vive encore de la mastication, en raison de la sensibilité de l'ulcère au contact des aliments. Salivation toujours intense. Parfois même, déglutition embarrassée, à ce point qu'en certains cas (exceptionnels à la vérité) on a été obligé de recourir à la sonde pour alimenter des malades qui ne pouvaient plus avaler.

L'ulcération gommeuse, au contraire, est relativement bien plus *tolérante*. D'une part, elle n'est pas douloureuse spontanément, comme je l'ai établi par ce qui précède. Et, d'autre part, elle est infiniment moins douloureuse que le cancroïde aux attouchements, au contact des aliments et des boissons, dans la mastication, la parole, les mouvements de l'organe, etc. Jamais elle n'immobilise la langue au même degré que l'épithélioma ulcéré.

6° A une certaine période, le cancroïde s'accompagne de *phénomènes cachectiques*. — Jamais la gomme, par elle-même, ne détermine d'accidents semblables, réserve faite pour certains cas extrêmement rares de phagédénisme.

7° L'examen anatomique peut encore, au besoin, éclairer le diagnostic. Détachant une parcelle du tissu même de l'ulcère et

la portant sous le microscope, le médecin « reconnaîtra aisément l'épithéliome à l'existence de grandes cellules à contours irréguliers, souvent munies de prolongements bizarres, et contenant à leur centre, au milieu d'une substance granuleuse, un ou plusieurs gros noyaux ovoïdes et pourvus de nucléoles. » (Th. Anger, travail cité). — Rien de semblable avec les lésions de la syphilis, offrant simplement à l'examen histologique les caractères de l'hyperplasie gommeuse dégénérée.

8° Enfin, en dehors des signes offerts par la lésion, un caractère différentiel des plus importants, des plus distinctifs, peut être fourni par l'*état des ganglions.*

La règle presque absolue, vous le savez, est que les gommes linguales n'exercent aucun retentissement sur les ganglions. — De même le cancroïde, jeune encore, laisse les ganglions intacts. Mais, à une époque plus ou moins avancée, il les affecte, et les engorgements glandulaires qu'il détermine alors constituent un signe aussi distinctif que fâcheux.

Vous décrire ces engorgements ganglionnaires symptomatiques serait dépasser les limites de notre sujet. Je ne ferai donc que vous les signaler, vous renvoyant sur ce point à la monographie si complète de M. Th. Anger.

Tel est l'ensemble des considérations qui serviront ou pourront servir à instituer le diagnostic différentiel du cancroïde et de la gomme, sans parler, bien entendu, des commémoratifs, des accidents passés ou actuels de syphilis, etc., tous signes qui apporteront le plus utile appoint (réserve toujours faite pour la possibilité d'une coïncidence, c'est-à-dire pour la possibilité d'une affection cancroïdienne venant à se produire sur un sujet syphilitique).

Et, disons-le bien, grâce à ces considérations diverses, le diagnostic pourra, en général, être facilement et sûrement posé. On en a exagéré à tort les difficultés, je crois. Je mets en fait que, sur dix cas pris au hasard, neuf seront aisément reconnus par un médecin instruit pour appartenir soit à la syphilis, soit au cancer,

et cela sans hésitation, sans contradictions possibles. Il est vrai, et j'ai hâte de l'ajouter, que, pour un de ces dix cas en moyenne, les choses ne se présenteront pas d'une façon aussi simple, tant s'en faut. L'affection mal caractérisée pourra alors prêter matière à discussion. Le diagnostic deviendra délicat, difficile, très-difficile, voire impossible parfois. Il est, en effet, de ces lésions linguales devant lesquelles les médecins les plus habiles, les plus expérimentés, restent indécis, diffèrent leur jugement, se refusent en un mot à émettre une opinion catégorique, faute de signes évidents en un sens ou en l'autre. Des cas de ce genre se rencontrent, et ils ne sont pas très-rares, sachez-le bien. Toutefois ils sont, je vous le répète et vous l'affirme à nouveau, incomparablement moins usuels que ceux où un diagnostic immédiat pourra être institué sur des bases scientifiques et positives.

C'est dans ce dernier ordre de cas ambigus, douteux, qu'un précieux critérium est offert par ce qu'on appelle l'*épreuve thérapeutique.*

En dehors des signes cliniques, en effet, la médication spécifique de la syphilis se présente à consulter et peut trancher la question d'une façon ou d'une autre. Donc, s'il reste le moindre doute sur la nature de la lésion, si la qualité cancéreuse de la tumeur n'est pas absolument et péremptoirement démontrée, l'indication est formelle, impérieuse : *il faut tenter le traitement spécifique,* l'administrer comme « pierre de touche », et en attendre les résultats un certain temps. Telle est la règle en pareil cas. Et je dirai plus, c'est là pour le médecin un véritable *devoir* professionnel, devoir auquel il serait coupable de ne pas satisfaire. Inutile, je crois, pour justifier ce précepte, de vous rappeler encore les observations surprenantes relatées par Cloquet, Lallemand, etc., observations qui pourraient être renforcées de quelques autres. Il est positif, bien positif, que plusieurs fois des lésions réputées cancéreuses par d'habiles praticiens, réputées pour « d'affreux cancers » (Ricord), ont été guéries et guéries contre toute prévision par le traitement de la vérole.

En toutes choses cependant il est une mesure à garder. Et je dois reconnaître que, sur le point en question, les médecins ont souvent encouru les reproches mérités des chirurgiens. Il n'est pas à nier qu'on ait abusé et qu'on abuse encore journellement du procédé dit épreuve thérapeutique. On y a recours à tout propos. Dans le désir, bien légitime assurément, de se tenir et de tenir les malades en garde contre tout risque d'erreur, on ne manque guère, le cas échéant, de prescrire le traitement spécifique, et on le prescrit vraiment d'une façon trop facile, trop banale. Je crois pouvoir dire qu'il est peu de cancers de la langue qui n'aient subi plusieurs mois de médication mercurielle ou iodurée, en l'absence même de tout antécédent syphilitique, en l'absence de tout signe pouvant autoriser le soupçon de syphilis. J'ai vu et tout le monde a vu des cancers aussi patents, aussi manifestes que possible, qui étaient restés soumis un temps plus ou moins long, quelquefois démesurément long, à l'action du traitement spécifique.

Or, si le mieux est quelquefois l'ennemi du bien, c'est le cas ici. Pour vouloir trop bien faire, pour vouloir sauvegarder jusqu'à l'excès les intérêts des malades, on aboutit à nuire à ces malades. Et cela de deux façons: 1° en retardant l'action opportune du traitement chirurgical, en perdant un temps précieux, pendant lequel on laisse au cancer tout loisir pour s'étendre et infecter les ganglions ; 2° en exaspérant le cancer, en lui communiquant un élan insolite d'évolution, sous l'influence des mercuriaux. Le mercure nuit au cancer, cela ne paraît pas douteux. « Le mercure est l'ennemi du cancer », ont dit plusieurs chirurgiens, et semble lui imprimer une malignité particulière. M. Th. Anger déclare avoir « réuni plus de 60 observations où les auteurs ont signalé, souvent sans s'en rendre compte, l'extension rapide du cancer chez les individus soumis à un traitement anti-syphilitique, et spécialement lorsqu'ils avaient pris des mercuriaux. »

La conclusion pratique à tirer de là est toute naturelle, et vous l'avez devinée déjà, Messieurs. C'est que le procédé de l'épreuve thérapeutique n'est admissible qu'au cas seulement où il a quelque chance de succès. Si le diagnostic de la lésion reste

vraiment indécis, s'il y a quelque espoir, quelque lueur même d'espoir, si faible qu'elle soit, en faveur de la syphilis, oui alors l'indication du traitement spécifique est formelle, absolue, et ce serait une faute grave que de refuser aux malades cette planche de salut. Mais aussi, inversement, s'il n'est pas le moindre doute à conserver, si le cancer est certain, manifeste, incontestable, c'est peine perdue de formuler un traitement illusoire; l'épreuve thérapeutique n'a plus rien à faire ici; elle est non pas seulement inutile, mais nuisible. Dans ce cas, sachons nous abstenir, nous médecins, et laissons la place aux chirurgiens.

Nous venons, Messieurs, de discuter un à un les divers signes pouvant concourir au diagnostic différentiel du cancroïde et de la gomme. Rassemblons actuellement ces éléments épars. Le tableau suivant va nous les présenter réunis.

CANCROÏDE LINGUAL ULCÉRÉ.	GOMME ULCÉRÉE DE LA LANGUE.
I. Affection de *l'âge mûr*. — Maximum de fréquence entre 50 et 70 ans.	I. Pas d'âge de prédilection. — S'observe le plus souvent à un âge moins avancé que le cancer.
II. Cause prédisposante : *hérédité* cancéreuse. — Pas d'antécédents syphilitiques (sauf coïncidence).	II. *Antécédents syphilitiques*. — Pas d'antécédents de cancer (sauf coïncidence).
III. Antécédents fréquents de *psoriasis lingual*.	III. Pas d'antécédents de psoriasis lingual.
IV. Anamnestiques : début par nodosité dure, superficielle, par tumeur *extérieure* ; puis, ulcération plus ou moins rapide en surface. — Pas d'ouverture ou d'évacuation à l'instar d'un abcès ; pas de caverne.	IV. Anamnestiques : début par nodosité dure *intérieure* ; puis ouverture brusque à la façon d'un abcès ; *caverne* provisoire ; et, bientôt après, ulcération rapide, découvrant le fond bourbillonneux de la tumeur.
V. Peut occuper la face inférieure de la langue.	V. Se localise exclusivement sur la face supérieure et les bords de la langue ; — n'en affecte jamais la face inférieure.
VI. Lésion toujours *unique*, *unilatérale* (sauf exceptions extrêmement rares).	VI. Lésion parfois *multiple* et *bilatérale*.
VII. Lésion constituée par une *tumeur ulcérée en surface*.	VII. Lésion constituée par une *ulcération sans tumeur* véritable, dans l'acception propre de ce dernier mot.
VIII. *Bords en relief*, formant un bourrelet saillant, inégal, irrégulier, renversé, déchiqueté, etc.	VIII. *Bords en creux*, entaillés en profondeur, nettement découpés, adhérents.
IX. Surface *saignante* ou disposée à saigner au moindre attouchement.	IX. Fond *bourbillonneux* et non saignant.
X. Sécrétion abondante, devenant, à une époque avancée, fétide et *ichoreuse*.	X. Sécrétion minime relativement et non ichoreuse.

XI. Ulcération douloureuse spontanément, *lancinante*.—Parfois, douleurs d'irradiation vers l'oreille.	XI. Ulcération non douloureuse spontanément, non lancinante.
XII. *Troubles fonctionnels* toujours assez intenses, et parfois très-intenses (*immobilisation de la langue* ; gêne de la parole, de la mastication, de la déglutition ; salivation, etc.).	XII. Troubles fonctionnels bien moindres que dans le cancer. — Langue non immobilisée, comme dans le cancer, du moins au même degré.
XIII. Lésion aboutissant, après un temps donné, à des phénomènes généraux de *cachexie*.	XIII. Lésion ne produisant pas par elle-même de cachexie.
XIV. Examen anatomique révélant les caractères de l'épithélioma.	XIV. Examen anatomique révélant les caractères de l'hyperplasie gommeuse dégénérée.
XV. *Ganglions* affectés après un certain temps.	XV. *Ganglions intacts*.
XVI. Nulle influence ou influence nuisible du traitement anti-syphilitique.	XVI. Influence bienfaisante exercée par le traitement anti-syphilitique.

XIII.

Traitement. — Les lésions qui viennent de nous occuper réclament à la fois une médication générale et un traitement topique.

I. La médication générale est celle de la syphilis tertiaire ; il suffira de la signaler.

L'iodure de potassium tient ici le premier rang. Pour être actif, ce remède doit être administré à doses assez élevées, c'est-à-dire de trois à quatre, cinq et six grammes quotidiennement. Souvent même il est indiqué de dépasser cette dose, jusqu'à huit et dix grammes.

L'iodure suffit en général au traitement des gommes, lésions assez facilement résolutives. Au contraire, pour les glossites à tendance scléreuse, l'association du mercure et de l'iodure est toujours indiquée. Ces lésions, en effet, sont bien autrement rebelles que les gommes, et ce n'est pas trop de l'union des deux agents spécifiques pour les modifier, même dans la mesure où elles restent modifiables par une intervention thérapeutique.

De même que l'iodure de potassium, le mercure a besoin ici, pour exercer une influence curative, d'être administré à doses énergiques. Donné parcimonieusement, à doses courantes, il ne

produirait aucun effet. Et cependant un écueil, un danger se présente. Venant à déterminer des accidents d'inflammation buccale, le mercure constituerait sans doute une complication fâcheuse. De cela j'ai eu la preuve récemment, dans un cas où des frictions mercurielles prescrites à haute dose contre une glossite scléreuse produisirent une stomatite intense, avec gonflement énorme et ulcérations multiples de la langue; la situation du malade fut des plus critiques pendant une huitaine de jours, et, après sédation des accidents hydrargyriques, l'hyperplasie linguale subsista dans les conditions premières, peut-être même fut-elle accrue. Aussi, dans l'espèce, est-il indiqué de s'abstenir des procédés de mercurialisation qui exposent au ptyalisme, tels que frictions, calomel, etc. Bien préférables ici, je crois, sont les méthodes moins sujettes à exciter la bouche. Le sublimé, donné en pilules, est la préparation qui m'a paru réunir le plus d'avantages, à la dose de deux, trois, quatre et même cinq centigrammes par jour, progressivement.

La liqueur de Donovan (soluté d'iodo-arsénite de mercure), très-réputée en Angleterre et presque inconnue en France, paraît avoir donné quelques succès remarquables. C'est une préparation à étudier, sur laquelle je n'ai pas encore d'expérience suffisante, pour ma part.

II. Le traitement local a une grande importance. Il comprend: 1° une hygiène buccale, très-essentielle à surveiller; 2° divers agents topiques.

L'hygiène buccale se compose de ceci : soins de propreté minutieux pour la bouche; — surveillance de l'état des dents; — recommandation aux malades de se laver la bouche après chaque repas, pour chasser les parcelles alimentaires qui pourraient séjourner dans les sillons, les anfractuosités des ulcères, et y entretenir une irritation défavorable, etc.); — proscription absolue du tabac et des alcooliques; — alimentation spéciale. Le régime usuel en effet serait insupportable à des malades affectés d'ulcérations linguales. Des aliments durs, de mastication longue ou difficile, ne feraient qu'exciter les douleurs et accroître l'irritation locale.

Donc, prescrire une nourriture exclusivement composée d'aliments qui puissent être avalés sans trituration, tels que bouillons, soupes, gelées, laitage, jus de viandes, hachis de viandes, purées, etc.

Topiquement, deux choses excellentes, à savoir : gargarismes émollients et pulvérisations.

1° *Gargarismes émollients*, voilà ce qui convient le mieux comme médication topique, ce qui soulage le plus efficacement les malades.

Pour avoir essayé de cent liquides différents, j'ai l'expérience que rien ne vaut ici la décoction de guimauve. L'eau de guimauve pure et simple, assez épaisse pour être onctueuse, est à coup sûr préférable à toute autre préparation plus savante, préférable notamment au chlorate de potasse qui n'a pas grande action, aux gargarismes astringents (alun, borax, etc.) souvent mal tolérés, et surtout aux gargarismes mercuriels qui m'ont toujours paru nuisibles. Seulement, pour tirer de cet anodin remède tout le parti qu'on peut en obtenir, il faut l'employer d'une certaine façon : non pas, comme on le fait généralement, sous forme de gargarismes qui ne font que passer dans la bouche pendant quelques secondes, mais sous forme de véritables *bains de bouche* prolongés plusieurs minutes (cinq minutes au minimum), et répétés à satiété, 20 à 30 fois par jour, le plus souvent possible en un mot. Les malades qui veulent bien se soumettre patiemment à cette médication en retirent toujours un soulagement considérable.

Des *douches* émollientes, pratiquées tout simplement avec l'irrigateur vulgaire chargé d'eau de guimauve, sont encore très-utiles pour déterger les ulcères de la langue, notamment les ulcères anfractueux, caverneux, pour en détacher les enduits muco-purulents, et permettre ainsi d'en atteindre le fond par des topiques appropriés.

2° *Pulvérisations.* — Les pulvérisations m'ont rendu, je l'affirme, des services réels dans le traitement des glossites tertiaires, et

vous avez pu en juger l'effet par vous-mêmes sur plusieurs malades du service. Non-seulement elles ont une action détersive des plus manifestes, mais de plus il me paraît impossible de leur refuser une action modificatrice.

Suivant les cas et le but auquel je tends, je les fais pratiquer soit avec des solutions émollientes tièdes, soit surtout avec une solution d'iodure de potassium (4 grammes de ce sel pour 250 gr. d'eau distillée).

Ces dernières pulvérisations à l'iodure ne m'ont pas paru étrangères aux succès relatifs que nous avons obtenus sur quelques malades dans les cas si rebelles de glossites scléreuses profondes.

Enfin, Messieurs, un dernier mot relativement aux *cautérisations*. C'est là une pratique dont on use et dont on abuse si fréquemment qu'elle réclame de nous une mention spéciale.

Que valent au juste les cautérisations dans le traitement des glossites tertiaires?

Suivant les cas, elles sont *utiles* ou *nuisibles*. Précisons.

1° Dans les glossites scléreuses, elles sont extrêmement utiles contre ces excoriations, ces crevasses, ces érosions de tout genre qui compliquent usuellement la maladie à une époque avancée. Elles le sont même à ce point que je ne sais vraiment si l'on viendrait à bout sans elles de ces derniers accidents.

Mais elles ne sont utiles, même dans ce cas, qu'à certaines conditions qui sont les suivantes :

D'abord, elles doivent êtres pratiquées exclusivement sur les surfaces érosives, sans les déborder, sans intéresser les parties simplement sclérosées.

Secondement, elles doivent être faites de préférence avec le crayon de nitrate d'argent. — Si l'on a recours au nitrate acide de mercure, excellent caustique en général contre les érosions spécifiques de la langue, il faut ne l'employer qu'avec grande réserve, de façon à produire seulement une cautérisation légère, tout à fait superficielle. — Tout autre caustique plus violent est nettement contre-indiqué, car, de par l'expérience, il ne ferait qu'exaspérer la lésion.

Ces cautérisations, enfin, doivent être distancées chronologiquement. S'il est besoin (et c'est le cas usuel) de les répéter, il convient de les espacer au moins de plusieurs jours, de six jours en moyenne. Renouvelées plus souvent, renouvelées quotidiennement par exemple, comme je l'ai vu faire parfois, elles deviennent nuisibles, irritantes ; elles accroissent l'éréthisme local et entretiennent les exulcérations, bien plutôt qu'elles ne contribuent à les réparer.

2° Dans les formes gommeuses, les cautérisations sont d'une utilité bien moindre.

Alors que la gomme est en voie d'élimination, des attouchechements à la teinture d'iode, répétés une ou deux fois par jour, paraissent produire d'assez bons effets. Mais ce ne sont pas là, à vrai dire, des cautérisations.

A une époque plus avancée, quand le fond de la plaie, débarrassé des eschares gommeuses, tend à bourgeonner, quelques cautérisations légères au crayon de nitrate activent certainement le travail de réparation cicatricielle.

Telles sont, je crois, les seules cautérisations *utiles* dans le traitement des glossites tertiaires.

A part les indications que je viens de préciser, les cautérisations sont plutôt nuisibles qu'avantageuses. Il faut donc s'en abstenir. Et, puisque l'occasion s'en présente, je ne saurais assez m'élever contre cette pratique banale, cette véritable *manie de cautérisations*, dont nous voyons les tristes effets chaque jour. Une ulcération de la langue ou de la bouche étant donnée, si elle échappe au crayon du médecin, il est bien rare qu'elle échappe à celui du pharmacien ou du malade. Presque invariablement elle est condamnée, n'importe sa forme, sa nature, sa période, à passer par le nitrate d'argent, et cela parfois coup sur coup, sans trêve ni merci, pendant des semaines, des mois entiers. C'est là, Messieurs, une détestable pratique, que j'ai déjà longuement attaquée devant vous à propos du chancre, autre victime habituelle des cautérisations, et qu'ici encore je réprouve formellement.

Donc — conseils négatifs qu'il ne sera peut-être pas inutile de

spécifier — le bon sens et l'expérience s'accordent à proscrire les cautérisations :

1° Dans les cas de glossites scléreuses, à surface non encore érosive. Les caustiques, en pareilles conditions, ne modifient en rien l'hyperplasie sous-jacente. Et, de plus, ils courent risque d'inaugurer le processus érosif, au grand détriment du malade.

2° Dans les cas de glossites gommeuses non encore ulcérées. Que voulez-vous que fasse un badigeonnage au nitrate d'argent sur une gomme en voie de formation ou de ramollissement? Et cependant on ne s'en abstient pas toujours en pareil cas, tant s'en faut.

3° Dans les cas de gomme en voie d'élimination. Car alors, que cautérise-t-on, si ce n'est un tissu mortifié, une eschare? Et quel avantage peut-il y avoir à cautériser une eschare?

A fortiori, je proscris absolument un autre genre de cautérisations, cautérisations *destructives* celles-ci, pratiquées à l'aide de l'acide nitrique, de l'acide chromique, du chlorure de zinc, du fer rouge, etc. J'ai eu l'occasion, en effet, d'en constater plusieurs fois soit l'inutilité absolue, soit même la pernicieuse influence.

D'abord, les cautérisations de cet ordre sont extrêmement douloureuses; elles constituent, sans exagération, une véritable torture infligée aux malades. — De plus, elles restent sans effets actifs presque toujours, car elles s'adressent à des lésions qui ne sont que très-exceptionnellement envahies par le phagédénisme, à des lésions qui, convenablement traitées, guérissent par des moyens très-simples et n'ont que faire d'une intervention brutale de la chirurgie, ou bien qui, ne guérissant pas par les méthodes usuelles, ne se trouvent pas mieux (bien au contraire) des moyens chirurgicaux. — Enfin, ces cautérisations destructives ont eu parfois pour effets d'inciter la tendance extensive des ulcérations, d'ouvrir la tranchée au phagédénisme ou d'en favoriser les progrès. C'est là du moins ce qui m'a paru résulter de leur emploi dans plusieurs cas. Même contre le phagédénisme avéré, je les crois inutiles ou dangereuses, et je déclare n'avoir jamais eu besoin d'y recourir pour ma part. Avec de la patience, le traitement usuel que je vous ai décrit, vigoureusement administré, m'a toujours suffi, à

l'exclusion de toute autre méthode, pour venir à bout des cas de phagédénisme tertiaire de la langue qui se sont présentés à mon observation.

En résumé, donc :

Contre les glossites scléreuses, gargarismes, ou plutôt bains de bouche émollients, à l'eau de guimauve ; — pulvérisations émollientes ou iodurées ; — cautérisations légères des surfaces excoriées ;

Contre les ulcérations gommeuses, mêmes gargarismes émollients ; — douches émollientes ; — pulvérisations ; — attouchements à la teinture d'iode pendant la période d'état ; — plus tard, à la période de réparation, cautérisations légères au nitrate d'argent ;

Voilà ce qui compose, Messieurs, la médication topique la mieux éprouvée, la seule à laquelle j'ai recours actuellement après de nombreux essais, la seule que je vous conseille pour votre pratique.

EXPLICATION DES FIGURES.

Planche I.

Fig. 1. — Glossite scléreuse superficielle.

Fig. 2. — Glossite scléreuse profonde (cirrhose linguale, glossite lobulée, etc.).

Planche II.

Fig. 1. — Gommes ulcérées en voie d'élimination.
(Fig. empruntée à M. le Dr Horteloup.)

Fig. 2. — Glossite scléro-gommeuse.

Planche III.

Glossite scléreuse généralisée.

Ces figures sont la reproduction de pièces en cire moulées sur nature par MM. Jumelin et Baretta, et déposées au musée de l'hôpital Saint-Louis (collection particulière).





& Cie Paris





Fig I

heux del et lith

Imp Lemercier & Cie Paris

V. Adrien Delahaye et Cie Éditeurs



TABLE

—

I.

Paris. — PARENT, Imp. de la Faculté de médecine, rue Monsieur-le-Prince, 31.



